



LUCAS
Centrum voor Zorgonderzoek & Consultancy
Kapucijnenvoer 39 bus 5310
3000 Leuven
Tel. + 32 16 37 34 31
Fax. +32 16 33 69 22
www.kuleuven.be/lucas

**DE PERSPECTIEVEN OVER ARBEID
VAN PATIËNTEN MET EEN PSYCHIATRISCHE PROBLEMATIEK
EN HUN BEGELEIDERS**

Jeroen Knaeps
Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Leuven
juli 2014

Samenvatting

Het onderzoek in 7 psychiatrische ziekenhuizen (46 afdelingen) resulteerde in enkele opmerkelijke conclusies. We beperken ons hier tot een samenvatting, meer specifieke informatie vind je in het rapport terug.

- De meeste patiënten hebben een positieve houding ten opzichte van betaald werk. Men vindt tewerkstelling belangrijk omdat het een gevoel geeft dat men iets goed doet en het verveling tegengaat. De attitude van personen die naar een job in het NEC verlangen, is zelfs nog positiever.
- Ondanks een wens voor betaalde jobs, is meer dan de helft van de patiënten al meer dan twee jaar werkloos. Bovendien maken veel mensen (42%) zich heel vaak of regelmatig zorgen over hun werksituatie.

Arbeidsdoelen

Jobs in het NEC (regulier, zelfstandige zaken):

- 37% van de patiënten heeft op korte termijn een voorkeur voor jobs in het NEC. Ongeveer 23% van de begeleiders vindt dit realistisch. Op de lange termijn wil 47% van de patiënten een job in het NEC, 32% van de begeleiders vindt het realistisch.
- Indien de patiënt op lange termijn een reguliere job wil, is de kans groot dat men dit ook op korte termijn wil. Andere geliefde tussenstappen zijn studies of vrijwilligerswerk. Beschutte werkplaatsen en arbeidszorg zijn minder populair als 'tussenstap'.

Betaalde jobs (regulier, BW en zelfstandige zaken):

- 47% van de patiënten wil op korte termijn een betaalde job, op lange termijn is dit 56%. Begeleiders vinden betaald werk op korte (36%) en lange termijn (49%) minder realistisch.
- Patiënten die nog een job hebben, zijn meer geneigd om terug te willen werken. Dit pleit voor contacten met de werkgever, sensibilisering... (Frank & Thurgood, 2006).

Andere belangrijke doelen:

- Inclusieve dagbesteding is populair: men wil contact met personen zonder psychische problemen. Begeleiders vinden dit heel realistisch.
- Zowel op korte als lange termijn kiezen patiënten vaak voor vrijwilligerswerk. Op lange termijn komen ook studies, beschutte werkplaatsen en het dagactiviteitencentrum (DAC) als doelen voor (ongeveer één op tien mensen).

- Patiënten willen vooral een voltijdse dagactiviteit. Begeleiders denken dat meer dan 2 (tot zelfs 5) dagen best realistisch is voor de meerderheid van de patiënten.

Ondersteuning en begeleiding

- Er bestaat ruimte voor verbetering, 43% is minder tevreden. Net die personen die een betaalde job willen, zijn vaak minder tevreden over hun begeleiding naar werk.

Verwachte en gekregen steun

- 3 op 4 patiënten verwacht voor zaken betreffende tewerkstelling hulp van de begeleiders op de afdeling. Men ervaart van hen gematigde steun.
- Het is mogelijk dat de rol van de ergotherapeut bij de arbeidsre-integratie niet altijd duidelijk is voor de patiënt. De ergotherapeut heeft echter een cruciale taak, zowel bij het ondersteunen van patiënten als bij het ondersteunen van het team bij hun werkgerelateerde vragen. Ergotherapeuten kunnen ook omwille van hun specifieke kennis en vaardigheden een belangrijke contactpersoon zijn voor de VDAB, GTB, beschutte werkplaatsen/maatwerkbedrijven...
- Ook van vrienden & familie (72%) verwacht men werkgerelateerde ondersteuning.
- Psychiaters en psychologen blijken cruciale actoren aangezien 71% van de patiënten steun van hen verwacht.
- Het minste steun ervaart men van de adviserend geneesheer en de VDAB/GTB.

De begeleider en zijn patiënt

- Patiënt en begeleiders zitten vaak niet op dezelfde golflengte qua arbeidsdoelen, barrières en mogelijke stappen om deze barrières op te heffen. Dit kan een negatief effect hebben op de werkalliantie, de motivatie van de patiënt en uiteindelijk zelfs op de tewerkstellingsuitkomsten. Arbeidsre-integratie start in het ziekenhuis.

Barrières

- De respondenten ervaren weinig barrières. De grootste obstakels vormen de angst om te hervallen (M: 3.76), weinig zelfvertrouwen (M: 3.45) en een gebrek aan concentratie (M: 3.34).

Aanbevelingen

- Een deel van de patiënten wil een competitieve job, men kan al tijdens de opname werken aan de arbeidsre-integratie van de persoon. Dit kan niet enkel de werkloosheidsperiode inkorten, het heeft ook een positief effect op het zelfbeeld en zelfvertrouwen van de patiënt.

- Veel patiënten maken zich zorgen over hun arbeidssituatie. Het bespreekbaar maken van hun zorgen en toekomstplannen is bijgevolg een belangrijke taak, wacht hier niet mee tot de laatste opnameweken.
- Patiënten en begeleiders hebben soms een tegengestelde visie over de aanwezigheid van barrières en de benodigde ondersteuning. Het is belangrijk dat men het verschil in visie bespreekt en een gezamenlijk plan opstelt.
- Het is cruciaal dat hulpverleners goed op de hoogte zijn van het belang van tewerkstelling en daginvulling. Niet enkel een positieve attitude, maar ook een goede kennis van de begeleidingen die aangeboden worden door bv de VDAB, GTB, GOB's... zijn cruciaal. De ergotherapeut kan daarbij een aanspreekpunt zijn en een link vormen met externe organisaties.
- Vooral ergotherapeuten, begeleiders op de afdeling, psychiaters en psychologen lijken het gesprek met de patiënt te moeten aangaan. Ook familie en vrienden zijn partners.
- Het aantal patiënten dat (betaald) wil werken ligt lager dan in het buitenland. Ongeacht de verschillende oorzaken die hiervoor te vinden zijn, moeten we inzetten op het aantrekkelijker maken van jobs. Hiervoor moeten we een positieve houding aannemen en tonen dat men als ondersteunend netwerk gelooft in de mogelijkheid van de persoon om te werken. Daarnaast zijn geïndividualiseerde begeleidingen, het snel bespreken van de arbeidssituatie en het interdisciplinair samenwerken cruciaal. Ook een bredere aanpak is nodig; samenwerking met werkgevers en sensibilisering. Job carving heeft daarbij een belangrijke rol en impliceert het op een andere manier naar jobfuncties kijken (bv.: individuele functies omzetten naar groeps- of teamfuncties en medewerkers inzetten op taken die het beste aansluiten bij de capaciteiten).

Colofon

Onderzoeksleiding

Prof. dr. Chantal Van Audenhove

Wetenschappelijk medewerkers

Jeroen Knaeps

In samenwerking met:

De directies en medewerkers van de volgende organisaties:

- Centrum voor psychiatrie en psychotherapie Kliniek Sint-Jozef te Pittem (Stefaan Derijcke)
- GGZ Kempen (Anke Alen en Els Gullentops)
- Psychiatrisch Ziekenhuis Bethaniënhuis, vzw Emmaüs te Zoersel (Bie Stoops)
- Psychiatrisch Centrum O.L.V. van Vrede te Menen (Jan Deruytere en Els Vynckier)
- Psychiatrisch Centrum Sint-Amandus te Beernem (Johan Neyt)
- Psychiatrisch ziekenhuis Heilige Familie te Kortrijk (Nele Deroose en Kristien Vancraeynest)
- Psychiatrisch ziekenhuis Heilig Hart te Ieper (Pieter Naert)

Administratieve ondersteuning

Kevin Agten

Leuven, juli 2014

Dankwoord

Het onderzoeksteam van de KU Leuven, LUCAS zijn enkele personen en organisaties zeer dankbaar. We bedanken in eerste instantie de directies voor hun toestemming tot het uitvoeren van het onderzoek en hun bereidheid om medewerkers af te vaardigen als contactpersoon voor de onderzoekers. Daarnaast willen we deze medewerkers van de verschillende organisaties bedanken. Hun bereidwillige medewerking, input en betrokkenheid verhoogden de kwaliteit en de bruikbaarheid van het onderzoeksproject.

Een speciaal dankwoord gaat uit naar alle personen en hun begeleiders die aan het onderzoek deelnamen.

Inhoudsopgave

Dankwoord	7
Lijst van tabellen	10
Lijst van figuren	11
Lijst van afkortingen	11
Inleiding	13
Methode	15
1 Procedure en steekproef	15
2 Vragenlijst	16
2.1 Algemene gegevens	16
2.2 Arbeidsdoelen	16
2.3 Het effect van arbeid	17
2.4 Begeleidingsnoden	17
2.5 Barrières ten opzichte van werk	18
3 Data analyse	19
Resultaten	21
1 Steekproef	21
1.1 Patiënten	21
1.2 Patiënten die niet deelnamen	22
1.3 Begeleiders	24
1.4 Arbeidskenmerken	25
1.4.1 Loon, werkloosheidsperiode en arbeidsgeschiedenis	25
1.4.2 Activiteiten gedurende de week voor het onderzoek	27
1.4.3 Arbeidszorgen en –problemen	28
2 Arbeidsdoelen	30
2.1 Doelen op korte en lange termijn	30
2.2 Aantal werkuren	33
2.3 Specifieke keuze voor betaalde en inclusieve jobs	35
2.3.1 Patiënten	36
2.3.2 Begeleiders	37
2.4 Verschillen tussen subgroepen van patiënten	38
3 Attitude ten opzichte van werk	41
3.1 Verschillen tussen groepen	42
3.2 Verschillen tussen mensen met een voorkeur voor het NEC en anderen	43
4 Ondersteuningsnood	44
5 Steun van anderen en begeleiding op de afdeling	46
5.1 Verwachte en gekregen steun	46
5.2 Verschillen tussen groepen	48
5.3 Begeleiding naar werk	49
6 Ervaren barrières	53
Conclusies en aanbevelingen	57
1 Conclusies	57
2 Aanbevelingen	60
Bijlagen	62
1 Attitude (freq)	62
2 Gekregen steun van personen en organisaties betreffende werksituatie (freq)	64
Referenties	66

Lijst van tabellen

Tabel 1. Dimensies van jobmogelijkheden	20
Tabel 2. Overzicht steekproef (frequenties)	21
Tabel 3. Demografische gegevens steekproef patiënten (n: 767)	22
Tabel 4. Redenen van niet-deelname	23
Tabel 5. Psychische problemen van (non)respondenten	23
Tabel 6. Beroep begeleiders	24
Tabel 7. Duur en kwaliteit van contact met patiënt	24
Tabel 8. Loon	25
Tabel 9. Werkloosheidsperiode	26
Tabel 10. Activiteiten vorige week	27
Tabel 11. Zorgen over werksituatie	28
Tabel 12. Arbeidsproblemen volgens patiënt en begeleider	28
Tabel 13. Overeenkomst in perceptie van arbeidsproblemen	29
Tabel 14. Multiple response antwoorden, korte termijn	30
Tabel 15. Multiple response antwoorden, lange termijn	31
Tabel 16. Aantal werkuren - patiënt	34
Tabel 17. Aantal werkdagen - begeleider	34
Tabel 18. Aantal betaalde werkuren - patiënt	35
Tabel 19. Aantal betaalde werkdagen - begeleider	35
Tabel 20. Korte en lange termijn opties - twee dimensies - patiënt	36
Tabel 21. Korte en lange termijn opties - twee dimensies - begeleider	37
Tabel 22. Attitude ten opzichte van werk (5-puntenschaal)	41
Tabel 23. Meest intensieve ondersteuning volgens patiënt versus begeleider	45
Tabel 24. Verwachte en gekregen steun	46
Tabel 25. Begeleiders en het motiveren van de patiënt	50
Tabel 26. Initiatieven bij begeleiding naar werk	51
Tabel 27. Overleg	51
Tabel 28. Vertrouwelijke informatie aan werkgever	52
Tabel 29. Barrières	55

Lijst van figuren

Figuur 1. Patiënten doelen op korte en lange termijn	36
Figuur 2. Begeleiders, doelen op korte en lange termijn	37
Figuur 3. Ondersteuningsnood - multiple response freq	44
Figuur 4. Algemene tevredenheid begeleiding naar/over werk (n: 534)	49

Lijst van afkortingen

AZ	Arbeidszorg, http://socialeconomie.be/arbeidszorg
Beg	Begeleider
DAC	Dagactiviteitencentrum
Freq	Frequentie
GGZ	Geestelijke Gezondheidszorg
M	Gemiddelde
NAH	Niet aangeboren hersenletsel
NEC	Normaal Economisch Circuit, betaalde jobs waarvoor iedereen kan solliciteren en waarbij de meerderheid van de collega's geen beperking hebben
Pat	Patiënt
SD	Standaarddeviatie, geeft de mate van spreiding van waarnemingen rondom het gemiddelde weer.
VW	Vrijwilligerswerk

Inleiding

De laatste jaren is er in België, onder impuls van de vermaatschappelijking van de zorg, meer aandacht voor het recht op tewerkstelling van mensen met (ernstige) psychiatrische problemen. Dit komt tot uiting in de vernieuwde initiatieven van de overheid en andere organisaties zoals onder andere de VDAB, het RIZIV, GTB, GOB's, Arbeidszorg...

Buitenlands onderzoek toont aan dat men best zo vroeg mogelijk start met arbeidsre-integratie (Kinoshita et al., 2013). Dit kan door het bevragen van de arbeidswensen, -doelen en noden van de persoon en het aanbieden van de gepaste begeleiding. Dit alles moet gebeuren op het moment dat de persoon gemotiveerd is, ongeacht de symptomen van de persoon (Kinoshita et al., 2013). Deze evidence-based principes impliceren dat arbeidsre-integratieprogramma's ook aangeboden kunnen worden aan personen die in het psychiatrisch ziekenhuis verblijven. Zo kan men niet enkel lange werkloosheidsperiodes deels vermijden, men toont ook dat men als begeleider gelooft in de toekomst van de persoon.

Tot op heden hebben we echter geen goed beeld van de arbeidswensen, noden en ervaren barrières van de doelgroep van personen opgenomen in een psychiatrisch ziekenhuis. Door aandacht te hebben voor hun noden en de evidence-based practices, is het mogelijk om efficiënte en effectieve hervormingen door te voeren. Het onderzoek zal daarom een antwoord bieden op de volgende vragen:

- (1) In welke mate is men gemotiveerd tot arbeid en welke vorm mag deze arbeid aannemen?
- (2) Hebben begeleiders en patiënten een gelijkaardige visie?
- (3) Wat verwacht men van de begeleiding (wie, wat, wanneer, hoe)?
- (4) Welke barrières ervaart men?

De resultaten bieden mogelijkheden tot een verdere verfijning van de programma's die ontwikkeld worden. Ze vormen als het ware aandachtspunten voor het beleid, onderwijzers en hulpverleners.

Methode

1 Procedure en steekproef

In totaal namen er zeven psychiatrische ziekenhuizen deel aan het onderzoek. In elk ziekenhuis werd door de directie en/of het ethische comité formeel toestemming gegeven voor het onderzoek op verschillende afdelingen.

Voor elke afdeling die deelnam, werd er in overleg een startdag bepaald. Op deze dag werd aan elke patiënt een vragenlijst aangeboden. Met patiënt bedoelen we elke persoon die opgenomen is in een psychiatrisch ziekenhuis of intensieve ondersteuning krijgt vanuit psychiatrische GGZ-diensten. Er waren twee exclusiecriteria: personen die buiten de beroepsgerechtigde leeftijd vallen (<18j, >64j) en personen voor wie het invullen van de vragenlijst tot ernstige decompensatie kon leiden. Het aanbieden van de vragenlijst aan alle andere patiënten zorgde er voor dat, zelfs indien de begeleider dacht dat de vragenlijst voor de patiënt te moeilijk/niet interessant was, de persoon toch de kans had om zijn mening te geven. Indien patiënten niet wensten deel te nemen, werd de reden, hun leeftijd en het geslacht op een aparte lijst genoteerd. De begeleider werd gevraagd om voor elke opgenomen patiënt een lijst in te vullen, zelfs indien de patiënt zelf niet aan het onderzoek deelnam.

Elke vragenlijst bestond uit twee delen; een deel voor de patiënt en een korter deel voor de begeleider. Doordat elke vragenlijst een unieke code had, wist de begeleider welke patiënt hij in het achterhoofd moest houden bij het invullen van zijn deel van de vragenlijst. Op die manier ontstond er voor elke patiënt een tweede perspectief, dat van de begeleider. Deze methode werd nog niet veelvuldig toegepast in dit onderzoeksdomein, maar is wel belangrijk voor het correct interpreteren van de gegevens. Eerder onderzoek toonde aan dat begeleiders vaak positief staan betreffende arbeid voor de hele doelgroep. De verwachtingen zijn meestal minder positief indien het de eigen caseload betreft (Marwaha, Balachandra, & Johnson, 2009). Door begeleiders te laten nadenken over hun specifieke patiënt, werd deze bias vermeden.

De vragenlijst kon gedurende vier weken ingevuld worden, halverwege werd een reminder naar de afdelingen opgestuurd.

2 Vragenlijst

Er werden twee vragenlijsten ontwikkeld, één voor de patiënt en één voor de begeleider. De lijsten werden ontwikkeld via een iteratief proces van literatuurstudies, stuurgroepen en 3 expert panels van gehospitaliseerde patiënten. Deze laatste maakte het mogelijk om de begrijpbaarheid en volledigheid van de lijst te toetsen. Uit de expertpanels bleek dat de overgrote meerderheid van de deelnemers iets meer dan 15 minuten nodig had om de lijst in te vullen.

2.1 Algemene gegevens

In eerste instantie werden enkele algemene demografische en andere gegevens verzameld, zoals geslacht, leeftijd, hoogst behaalde diploma, tijd besteed aan enkele activiteiten gedurende de vorige week... Daarnaast werd er dieper ingegaan op de arbeidssituatie en -verleden van de persoon (ontvangen loon, ooit al drie maanden gewerkt, werkloosheidsperiode, inschatting van de eigen arbeidsproblemen...).

2.2 Arbeidsdoelen

De arbeidsdoelen van de patiënt werden via twee verschillende methoden onderzocht:

(1) In navolging van McQuilken et al. (2003) werd gevraagd welke situatie van toepassing is:

- a. Heeft nog een job
- b. Wil snel een job
- c. Wil ooit een job, maar niet de komende maanden
- d. Wil nooit meer een job

Ondanks dat één antwoord gevraagd werd, duiden patiënten verschillende mogelijkheden aan. Zo kan het zijn dat men én een job heeft én iets anders wil. Om misverstanden te voorkomen, werd afgezien van verdere rapportering.

(2) In navolging van Secker, Groven en Seebohm (2001) werden verschillende arbeidsdoelen aangeboden (betaalde job, pensioen, vrijwilligerswerk, arbeidszorg, stages in ateliers, studeren...). De respondent kon aangeven welke opties hij allemaal overweegt. Er werd gevraagd om de doelen op korte en op lange termijn op te geven alsook het aantal uren dat men wil werken.

Aan de begeleider werd gevraagd wat volgens hem/haar op korte en lange termijn realistisch lijkt voor de specifieke patiënt.

2.3 Het effect van arbeid

Het doel van deze sectie is te onderzoeken waarom personen werken, wat hen motiveert en welke voordelen men ervaart. Omdat er geen gevalideerde Nederlandstalige lijsten teruggevonden werden, werden tien items uit verschillende studies overgenomen (5-punt Likertschaal, helemaal niet akkoord - helemaal akkoord).

- 1) Het hebben van een goede job is heel belangrijk in mijn leven.
- 2) Mijn werksituatie (je job, werkloos zijn...) is/was de belangrijkste reden van mijn psychische problemen.
- 3) Ik werk enkel en alleen omdat het moet.
- 4) Werken geeft me meer zelfvertrouwen.
- 5) Werken geeft me het gevoel iets goed te doen.
- 6) Werken helpt me mijn psychische problemen te vergeten.
- 7) Werken zorgt er voor dat ik me minder verveel.
- 8) Door te werken heb ik minder financiële problemen.
- 9) Door te werken ben ik minder eenzaam.
- 10) Door te werken heb ik minder psychische problemen.

2.4 Begeleidingsnoden

Een persoon met psychische problemen verwacht en krijgt zorg en ondersteuning vanuit verschillende kanalen. Om na te gaan van wie men steun wil/krijgt betreffende tewerkstelling, werd een lijst van personen/organisaties voorgelegd. Voor elke persoon/organisatie werd gevraagd:

- (1) Of men steun verwacht te krijgen: ja - neen - niet van toepassing
- (2) In welke mate men steun krijgt: 5-punten schaal (helemaal geen steun - zeer veel steun + niet van toepassing)

Daarnaast werden enkele algemene vragen rond de begeleiding naar werk gesteld (door wie, wie moet het initiatief nemen, wanneer, wat vertelt men aan een werkgever...). Er werd ook gevraagd welke steun men precies wil:

- geen ondersteuning
- ondersteuning in de vorm van administratie, informatie...
- ondersteuning bij het zoeken van een job of stages, overleg met werkgevers, sollicitatievaardigheden oefenen...
- ondersteuning op de werkvloer/stage

De begeleiders kregen dezelfde vraag betreffende de ondersteuningsnood. Hierdoor kan onderzocht worden of patiënten en begeleiders dezelfde mening hebben over welke stappen nodig zijn. Een gebrek aan overeenkomst kan er voor zorgen dat de stappen die de begeleider onderneemt niet aansluiten bij wat de patiënt wil. Dit heeft een negatief effect op de algemene werkaliantie.

2.5 Barrières ten opzichte van werk

De BECES-vragenlijst van Corbière gaat na (1) welke barrières personen met ernstige psychische problemen ervaren bij het zoeken naar werk en (2) in welke mate men het gevoel heeft deze barrières te kunnen overwinnen (zelfeffectiviteit) (Corbière, Mercier, & Lesage, 2004). De volledige vragenlijst werd niet overgenomen omdat de vragenlijst te uitgebreid is. Uiteindelijk werden verschillende barrières gegroepeerd tot een totaal van 32 barrières (7-punt Likertschaal, helemaal geen obstakel - een groot obstakel). De meting van zelfeffectiviteit werd niet opgenomen.

3 Data analyse

Voor elk onderdeel rapporteren we de algemene frequentieverdelingen en percentages (percentages zonder missings). Bij sommige items worden verbanden gelegd met de demografische gegevens zoals leeftijd, geslacht, diagnose... Hiervoor worden vooral niet-parametrische (Mann-Whitney, Kruskal-Wallis) en Chi²-toetsen gebruikt. Patiënten die de meerderheid van de vragen invulden, maar enkele vragen open lieten, werden toch opgenomen in de analyse en de missing data werd niet aangevuld.

Wanneer men zijn arbeidsdoelen selecteert, mocht de respondent verschillende opties aanduiden (multiple response). Omdat met meerdere responsen gewerkt wordt, zijn er twee methoden om na te gaan 'hoeveel keer een bepaalde optie aangeduid werd'.

Bv.: Stel dat men enkel de keuze heeft tussen betaalde jobs en vrijwilligerswerk. Elke patiënt duidt beide opties aan.

	Betaalde jobs	Vrijwilligerswerk
Persoon 1	x	x
Persoon 2	x	x
Persoon 3	x	x

Eerste methode: Betaalde jobs vertegenwoordigen 50% van alle gekozen opties (3 van de 6) en vrijwilligerswerk de andere 50%.

Tweede methode: Betaalde jobs werden door 100% van de respondenten aangeduid, net zoals vrijwilligerswerk door 100% van de patiënten aangeduid werd. Het zijn deze laatste 'percentage of cases' die aanduiden hoeveel personen een specifieke respons aanvinken (ongeacht dat de som van de percentages 200% is en dus niet bruikbaar - louter optellen van percentages kan in dit geval dus niet).

Na de rapportering van deze percentages bleek een verdere opdeling van de antwoordmogelijkheden noodzakelijk om meer inzicht te krijgen in de specifieke voorkeuren van patiënten en begeleiders. Dit was ook noodzakelijk omdat er gebruik gemaakt werd van multiple-responsvragen (inperken van aantal categorieën). Hoewel in realiteit een continue as realistischer is, werd voor een categorisatie op twee assen gekozen, namelijk 'betaald-onbetaald' en 'inclusief-niet-inclusief'. Sommige opties (pensioen, niets, huishouden) werden niet weergegeven op de inclusieve dimensie omdat de mate van participatie in de samenleving vooral afhangt van de keuze van de persoon zelf (tabel).

Tabel 1. Dimensies van jobmogelijkheden

Betaald		Inclusief	
nee	ja	nee	ja
- Huishouden	- Betaalde job	- Beschutte werkplaats	- Betaalde job
- Arbeidszorg	- Zelfstandige baan	- Arbeidszorg	- Vrijwilligerswerk
- DAC	- Beschutte/ Sociale	- stage in psychiatrisch	- Zelfstandige baan
- VW	werkplaatsen	centrum	- Studie, training,
- Studie			opleiding
- stage in gewoon			- stage in gewoon
bedrijf			bedrijf
- stage in psychiatrisch			
centrum			
- niets			
- pensioen			
		Niet opgenomen: pensioen, niets/geen, huishouden	

Via binaire logistische regressieanalyses met deviantie-contrasten werd nagegaan of er een relatie bestaat tussen de dichotome uitkomstvariabele (bv.: betaald versus niet betaald) en één of meerdere predictoren (geslacht, opleiding, type psychische klachten...).

Resultaten

1 Steekproef

In het eerste deel wordt ingegaan op de respondenten van het onderzoek. We bespreken zowel de kenmerken van de patiënten (leeftijd, geslacht, opleiding...) als enkele kenmerken van de begeleiders.

1.1 Patiënten

In totaal namen 7 psychiatrische ziekenhuizen en 46 afdelingen deel aan het onderzoek.

Over alle startdagen heen, waren er 1215 patiënten opgenomen. Enkele pensioengerechtigden ontvingen een vragenlijst¹. Omdat deze groep niet wordt opgenomen in de analyses, komen we op een totaal van **1160 ‘beroepspotentiële patiënten’ (kader in tabel)**. Bij deze 1160 patiënten zijn er ongeveer evenveel vrouwen (49%) als mannen (51%). De gemiddelde leeftijd is 42.47 jaar (SD: 12.06, range: 18-64, missing: 179).

Van de 1160 vragenlijsten werden er **767 vragenlijsten door de patiënt** ingevuld (**66%**) en 1017 door de begeleider (88%). 125 vragenlijsten werden door niemand ingevuld.

Tabel 2. Overzicht steekproef (frequenties)

Respons patiënt	Respons begeleider				Totaal
	ja	nee	ja, maar pensioen	nee, maar pensioen	
ja	749	18	0	0	767
nee	268	125	0	0	393
ja, maar pensioen	0	0	43	0	43
nee, maar pensioen	0	0	9	3	12
Totaal	1017	143	52	3	1215

Van de 767 patiënten die de vragenlijst invulden, zijn er 379 mannen en 385 vrouwen. De gemiddelde patiënt is 41.92 jaar oud (SD: 12.12, range: 18-64, missing: 5). De meeste patiënten hebben een diploma van het secundair onderwijs, eventueel aangevuld met een getuigschrift.

De patiënten die deelnamen hadden vooral last van meerdere psychische problemen (vaak een combinatie van stemmings-, persoonlijkheids- en/of verslavingsproblemen).

¹ De reden om iemand de categorie ‘pensioen’ toe te kennen, is gebaseerd op minstens één van de volgende

Tabel 3. Demografische gegevens steekproef patiënten (n: 767)

		Freq	%
Geslacht (missing: 3)	man	379	50
	vrouw	385	50
DIPL (missing: 11)	geen	81	11
	lager	104	14
	secundair (+ getuigschrift)	399	53
	hoger (niet unief)	145	19
	universiteit	26	3
	ander	1	0
Psychische problemen (missing: 28)	Stemmings- of angstproblemen	126	17
	Verslavingsproblemen	97	13
	Psychotische problemen	109	15
	Persoonlijkheidsproblemen	74	10
	Cognitieve problemen	20	3
	NAH	22	3
	Andere	4	0
	Meerdere psych. problemen	287	39

Van de 767 patiënten die een lijst invulden, zegt 83% (n: 622) opgenomen te zijn in een psychiatrisch ziekenhuis. Deze patiënten zijn:

- minder dan een jaar opgenomen (n: 408)
- meer dan twee jaar opgenomen (n: 111)
- 1 tot 2 jaar opgenomen (n: 58)

Deze resultaten dienen wel voorzichtig geïnterpreteerd te worden. Van de 17% die zegt niet opgenomen te zijn blijken sommige patiënten bijvoorbeeld de dagkliniek als een opname te beschouwen, terwijl anderen dit niet doen. Dankzij de inclusiecriteria weten we wel dat alle personen verbonden zijn aan de intensieve zorg en ondersteuning van psychiatrische en/of GGZ-instellingen.

1.2 Patiënten die niet deelnamen

Van de 1160 patiënten binnen de beroepsleeftijd, namen er 393 niet deel (34%). De begeleiders gaven voor 204 van deze patiënten een reden op waarom men niet wilde deelnemen. Een groot deel van de patiënten had geen interesse om deel te nemen of weigerde als gevolg van de psychische problemen. Sommige patiënten vonden werk niet langer relevant omdat men op pensioen is, een uitkering krijgt...

Tabel 4. Redenen van niet-deelname

	Freq	%
Geen interesse	72	35
Als gevolg van de psychische problematiek (achterdocht, autisme)	53	26
Ontslag, mutatie, te weinig aanwezig op afdeling	26	13
Patiënt heeft het toch ingevuld	23	11
Te moeilijk (concentratie, taal, te veel)	15	7
Geen reden bij de patiënt /andere	9	4
Pensioen/ziekte-uitkering/invaliditeit	6	3

De 767 patiënten die de vragenlijst invulden zijn ongeveer 3 jaar jonger dan de 393 patiënten die de lijst niet invulden ($U(74003.00)$ z : -2.554, p :.011). Bovendien is een patiënt met een verslavingsproblematiek meer geneigd de vragenlijst in te vullen. Een patiënt met psychotische problemen is eerder geneigd de lijst niet in te vullen ($\chi^2(6, 1010)$: 36.751, p <.001). Zo zien we ook in onderstaande tabel dat het aantal mensen met een psychose dat niet deelnam groter is dan het aantal dat wel deelnam. Er werd in de data niet gecorrigeerd voor het type van psychische problematiek. Dit wil echter niet zeggen dat de besluiten niet gelden voor personen met een psychotische problematiek. Er is geen verschil qua opleidingsniveau ($\chi^2(5, 763)$: 4.239, p :.516).

Tabel 5. Psychische problemen van (non)respondenten

		Freq	%
Deelgenomen	Stemmings- of angstproblemen	126	17
	Verslavingsproblemen	97	13
	Psychotische problemen	109	15
	Persoonlijkheidsproblemen	74	10
	Cognitieve problemen	20	3
	NAH	15	2
	Andere	11	1
	Meerdere psych. problemen	287	39
Niet-deelgenomen	Stemmings- of angstproblemen	42	16
	Verslavingsproblemen	14	5
	Psychotische problemen	80	30
	Persoonlijkheidsproblemen	20	7
	Cognitieve problemen	8	3
	NAH	3	1
	Andere	6	2
	Meerdere psych. problemen	98	36

1.3 Begeleiders

Er namen 322 individuele begeleiders deel aan het onderzoek. Deze zijn gemiddeld 37.46 jaar oud (SD: 11.40, range: 20-63j, missing: 3). De meeste begeleiders zijn vrouwen (n: 242, 75%) en zijn opgeleid als verpleegkundige (n: 687, 69%) (missing: 2).

Tabel 6. Beroep begeleiders

	Freq	%
Verpleegkundige (psychiatrisch/adjunct)	220	69
Zorgkundige/assistent	25	8
Ergotherapeut	37	12
Begeleider (activiteiten)	5	2
Woonbegeleider	2	1
Therapeutisch coördinator/psycholoog	4	1
Maatschappelijk werker	6	2
Sociotherapeut	21	7

Een groot deel van de begeleiders (43%) zegt al maanden contact te hebben met de patiënt en dit contact is veelal positief. Begeleiders ervaren een even positief en langdurig contact met de groep van patiënten die de lijst invulde als met de groep die de lijst niet invulde.

Tabel 7. Duur en kwaliteit van contact met patiënt

	Freq	%
Duur (n: 1035, missing: 25)		
dagen	40	4
weken	215	21
maanden	434	43
jaren	321	32
Kwaliteit (n: 1035, missing: 23)		
Niet goed	63	6
Enigszins goed	325	32
Goed	516	51
Zeer goed	108	11

Van de groep van begeleiders die de vragenlijst invulde, vond

- 57% dat de patiënt een realistisch doel heeft wat betreft tewerkstelling (n: 567).
- 25% dat het doel niet realistisch is (n: 247).
- 18% kent de arbeidsdoelen van de patiënt niet. Dit effect is gedeeltelijk te verklaren doordat sommigen de patiënt slechts enkele dagen kennen.

1.4 Arbeidskenmerken

Alle gegevens die hieronder volgen, hebben betrekking op de groep van vragenlijsten waarvoor geldt dat (n: 767) (1) de respondent tot de beroepspotentiële groep behoort (niet op pensioen en/of jonger dan 65 jaar) en (2) de vragenlijst door de patiënt werd ingevuld.

1.4.1 Loon, werkloosheidsperiode en arbeidsgeschiedenis

De vragen betreffende het loon en de arbeidsstatus moeten voorzichtig geïnterpreteerd worden. Uit de respons blijkt namelijk dat de respondenten andere definities hanteren van 'loon' en betaalde jobs. De onderzoekers hanteerden de volgende definitie voor loon: 'een geldelijke vergoeding voor verricht werk, exclusief arbitraire vergoedingen'. Uit vergelijkingen over de items heen blijkt dat sommige patiënten uitkeringen, pensioen... als een loon beschouwen terwijl anderen dit niet doen. Hierdoor moet de data voorzichtig geïnterpreteerd worden.

Volgens de begeleiders heeft 76% van de patiënten geen job (n: 560). We moeten hierbij wel één van de vorige vaststellingen in acht nemen, niet alle begeleiders kennen de arbeidsdoelen van de persoon. Het is dus ook mogelijk dat men niet de huidige arbeidsstatus van de persoon kent.

Als we aan de patiënt vragen of men een loon ontvangt, ontkennen 483 patiënten (64%). Het kan zijn dat sommigen hun pensioen, invaliditeitsuitkering... als een loon beschouwden en dus 'verkeerdelijk' ja aanduiden. In realiteit zal het percentage dat geen loon ontvangt dus nog hoger liggen dan 64%. Zoals we later zullen zien, wil een groot deel van de patiënten op termijn een betaalde job.

Tabel 8. Loon

	Freq	%
Loon volgens patiënt (n: 754, missing: 13)		
ja	91	12
neen	483	64
NVT	169	22
andere	11	2

De meerderheid van de mensen heeft ooit langer dan drie maanden een betaalde job gehad, maar de helft van de patiënten (48%) is op het moment van het onderzoek reeds meer dan twee jaar werkloos. Een aantal mensen antwoordde dat ze nog een job hebben, maar gaven eerder ook aan dat men een ziekte- of invaliditeitsuitkering ontvangt. Dit wil zeggen dat men nog een contract bij een werkgever heeft, maar niet meer werkt.

Tabel 9. Werkloosheidsperiode

	Freq	%
Betaalde job >3 maanden (n: 747, missing: 20)		
nee	113	15
ja	634	85
Werkloosheidsperiode (n: 713, missing: 54)		
nog steeds job (invaliditeit kan ook)	172	24
nooit betaalde job gehad	53	7
+/- 0.5-1jaar	143	20
≥2j	345	49

De werkloosheidsperiode van een persoon lijkt verband te houden met:

- de leeftijd ($\chi^2(9, 709)$: 125.95, $p < .001$);
 - o de -30-jarigen zijn oververtegenwoordigd in twee groepen: 'nooit een job gehad' en 'ongeveer een half jaar geleden nog een job'
 - o de 55+-ers zijn oververtegenwoordigd in de groep die meer dan 2 jaar geleden nog een job had
- de diagnose ($\chi^2(21, 686)$: 80.761, $p < .001$)
 - o persoonlijkheidsproblematiek: de kans dat men nog nooit een job had, is hoger
 - o verslavingsproblematiek: de kans dat men nog een job heeft, is hoger
- de opleiding ($\chi^2(12, 707)$: 47.974, $p < .001$)
 - o de groep van personen met een hogeschoolopleiding is oververtegenwoordigd in de klasse 'heeft nog een job'

1.4.2 Activiteiten gedurende de week voor het onderzoek

De patiënten gaven aan hoe vaak men een bepaalde activiteit uitvoerde gedurende de week voorafgaand aan het onderzoek.



De onderstaande tabellen tonen dat er in de week voor het onderzoek zeer weinig arbeidsmatige activiteiten uitgevoerd werden. Hoewel verschillende mensen het DAC, het huishouden en stages (ateliers) in het psychiatrisch ziekenhuis aandaidden, blijft dit relatief beperkt in aantal.

Tabel 10. Activiteiten vorige week

	BW/SW		Reg Job		AZ		Stage in bedrijf	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	freq	%
<1d of nooit	661	91	659	91	681	94	707	97
+1d/w	16	2	7	1	19	3	6	1
2-3d/w	23	3	18	3	15	2	5	1
4-5d/w	15	2	20	3	9	1	6	1
elke dag	12	2	23	3	3	0	3	0

	VW		Stages in 'ateliers' in ziekenhuis		Studeren		DAC	
	Freq	%	Freq	%	Freq	%	Freq	%
<1d of nooit	648	89	563	77	658	91	554	76
+1d/w	36	5	61	8	31	4	25	3
2-3d/w	29	4	64	9	15	2	86	12
4-5d/w	5	1	26	4	11	2	42	6
elke dag	9	1	13	2	12	2	20	3

Noot: Ateliers/stages in ziekenhuis: zowel creatieve ateliers, onderhoud, keukenhulp...

	Zelfstandige zaak		Huishouden	
	Freq	%	Freq	%
<1d of nooit	700	96	349	48
+1d/w	13	2	146	20
2-3d/w	8	1	99	14
4-5d/w	4	1	29	4
elke dag	2	0	104	14

1.4.3 Arbeidszorgen en –problemen



Bijna de helft van de patiënten maakt zich heel vaak of regelmatig zorgen over zijn werksituatie (42%). Het kan zijn dat men zich zorgen maakt omdat men een job wil, maar men er geen vindt. Anderzijds kan het ook zijn dat men het gevoel heeft dan men terug moet gaan werken, maar dat men dit niet zelf wil. Het is dus belangrijk dat men de werksituatie van de patiënt bespreekbaar maakt.

Tabel 11. Zorgen over werksituatie

(n: 737, missing: 30)	Freq	%
heel vaak-regelmatig	311	42
soms	177	24
(bijna) nooit	249	34

Aan elke patiënt en begeleider werd gevraagd in welke mate er sprake is van arbeidsproblemen. Ongeveer de helft van de patiënten (51%) zegt dat hij verschillende of uitgesproken arbeidsproblemen heeft terwijl meer dan drie kwart (80%) van de begeleiders zegt dat deze problemen er zijn.

Tabel 12. Arbeidsproblemen volgens patiënt en begeleider

	patiënt		begeleider	
	Freq	%	Freq	%
geen	183	26	36	5
enkele, zoals gemiddelde Vlaming	169	24	114	15
verschillende	220	31	357	48
uitgesproken	146	20	235	32

Er zijn 695 koppels van patiënten-begeleiders die de vraag invulden, voor hen kunnen we nagaan of ze dezelfde mening hebben. Uit de resultaten blijkt dat:

- men in 33% (n: 229) van de 695 koppels overeenkomt (diagonaal)
- de begeleiders de arbeidsproblemen significant ernstiger inschatten dan de patiënt zelf (McNemar Bowker-test (6,n=695)= 153.486, $p < .001$)
 - blauwe stippellijn: 343 begeleiders schatten de problemen van de patiënt ernstiger in dan de patiënt zelf
 - oranje volle lijn: 123 patiënten schatten de problemen ernstiger in dan de begeleider

Tabel 13. Overeenkomst in perceptie van arbeidsproblemen

		volgens begeleider			
		geen	enkele, gem.	verschillende	uitgesproken
volgens pat	geen	12	36	73	52
	enkele, gem.	7	37	87	34
	verschillende	9	29	117	61
	uitgesproken	5	8	65	63

2 Arbeidsdoelen

Om de doelen van de persoon te leren kennen werden verschillende opties aangeboden (Secker, Grove, & Seebohm, 2001). Er werd gevraagd om zowel de doelen op korte en lange termijn op te geven, alsook het aantal uren dat men wil werken. De begeleiders kregen dezelfde mogelijkheden en er werd hen gevraagd alle realistische doelen op korte en lange termijn aan te duiden.

2.1 Doelen op korte en lange termijn

Betaalde reguliere jobs werd door 36% van de patiënten aangeduid als één van de voorkeuren die men heeft op korte termijn. Ook vrijwilligerswerk werd vaak aangeduid (15%).

De begeleiders vinden 'reguliere' jobs voor 23% van de patiënten realistisch. Men vindt vooral het DAC (35%) en het huishouden (35%) realistisch.

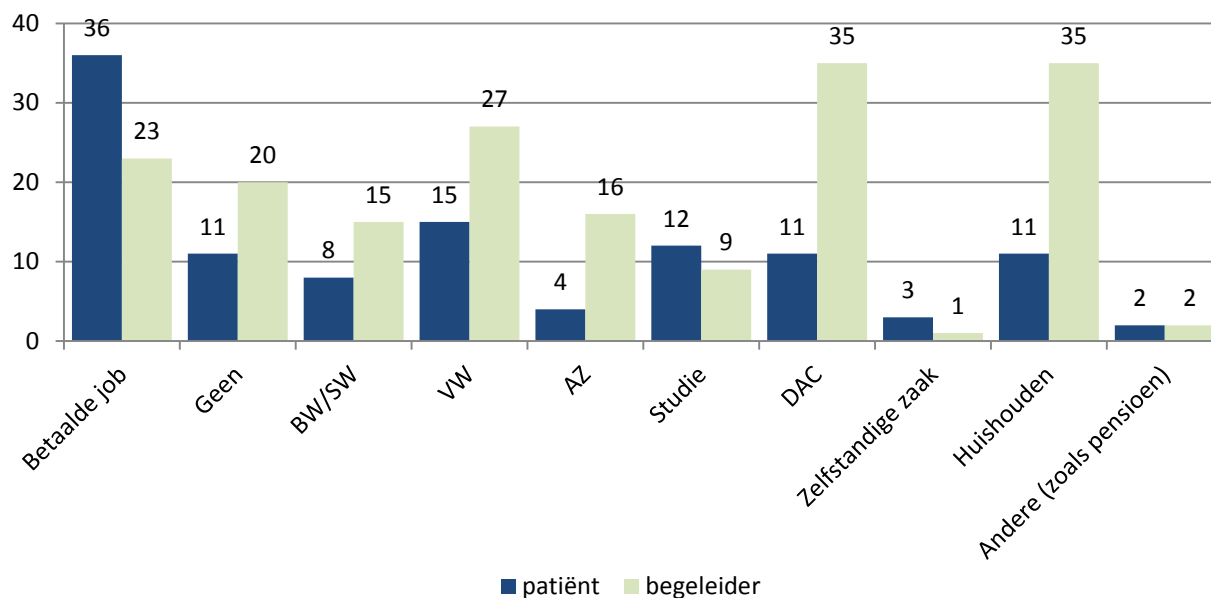
Van alle patiënten zijn er 153 (21%) die enkel betaalde jobs in het NEC aanduiden en geen andere voorkeur hebben. De begeleiders vinden voor 91 (13%) patiënten een job in het NEC het enige realistische alternatief op korte termijn.

Tabel 14. Multiple response antwoorden, korte termijn

	patiënt		begeleider	
	Freq	% of cases	Freq	% of cases
Betaalde job (NEC)	262	36	169	23
Geen	118	11	143	20
BW/SW	86	8	106	15
VW	161	15	195	27
AZ	45	4	119	16
Studie	129	12	66	9
DAC	117	11	251	35
Zelfstandige zaak	32	3	7	1
Huishouden	124	11	251	35
Andere (zoals pensioen)	16	2	12	2

Gemiddeld aantal keuzes patiënt: 1.48

Gemiddeld aantal keuzes begeleider: 1.82



Op lange termijn blijven de tendensen bij de patiënten die we op korte termijn vaststelden behouden. De patiënten kiezen vooral voor betaalde jobs (45%) en vrijwilligerswerk (15%). Bij de begeleiders zijn er nu veel meer die betaalde jobs realistisch vinden (31%, een stijging van 8%). Daarnaast blijft één op vier begeleiders het DAC (25%) heel realistisch vinden, hoewel ook vrijwilligerswerk (18%) op lange termijn meer realistisch wordt.

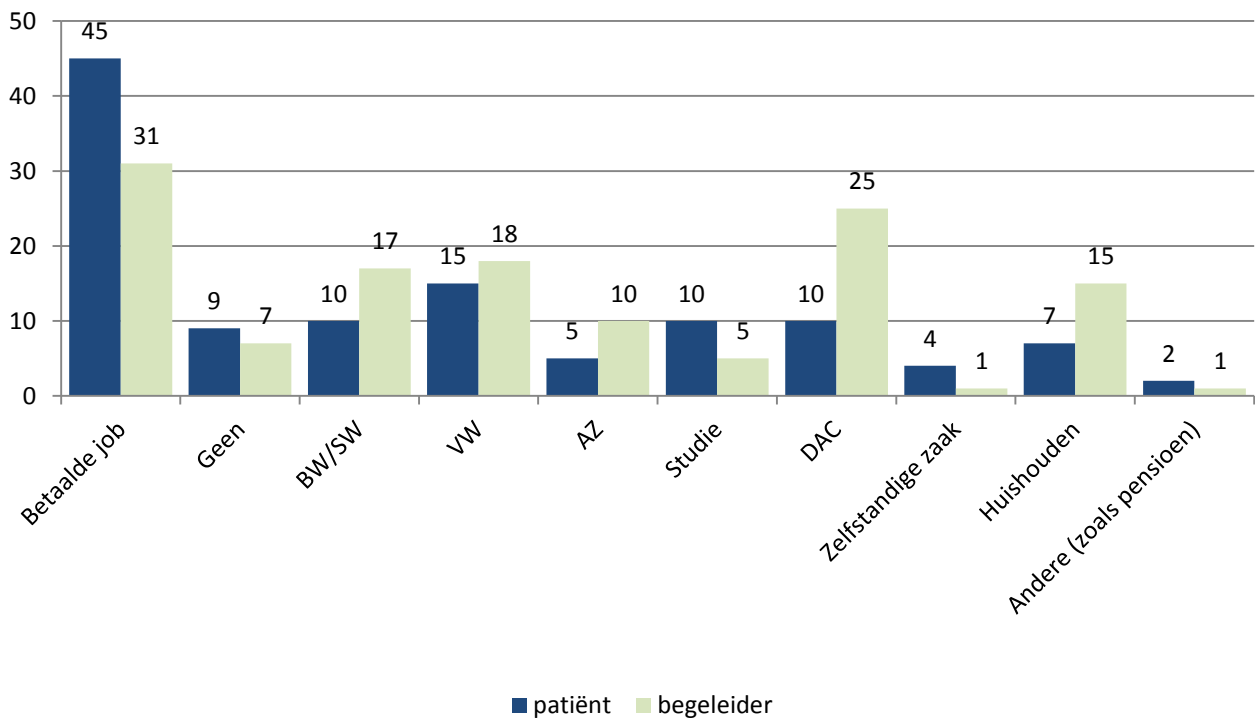
Van alle patiënten zijn er 288 (39%) die enkel betaalde jobs in het NEC op lange termijn aanduiden en geen andere voorkeur hebben. De begeleiders vinden voor 192 (26%) patiënten een job in het NEC het enige realistische alternatief op lange termijn.

Tabel 15. Multiple response antwoorden, lange termijn

	Patiënt		begeleider	
	Freq	% of cases	Freq	% of cases
Betaalde job	331	45	231	31
Geen	69	9	52	7
BW/SW	77	10	126	17
VW	108	15	135	18
AZ	34	5	76	10
Studie	75	10	33	5
DAC	76	10	183	25
Zelfstandige zaak	27	4	10	1
huishouden	55	7	107	15
Andere (zoals pensioen)	13	2	5	1

Gemiddeld aantal keuzes patiënt: 1.16

Gemiddeld aantal keuzes begeleider: 1.30



Nota: de bovenstaande percentages liggen iets hoger (gemiddeld 1 procentpunt) indien we enkel afdelingen selecteren die behandeling aanbieden (dus geen DAC, PVT, Beschut Wonen...).



Omdat we zowel korte als lange termijn doelen hebben, kunnen we nagaan wat men als het ware als **‘een opstap naar een reguliere job’** ziet. Er zijn 327 patiënten die op lange termijn een betaalde job in het NEC willen (exclusief zelfstandigen). Van deze 327 patiënten wil er 67%² dit ook op korte termijn. Dit pleit voor het evidence-based principe ‘een snelle jobzoektocht’ van het Individual Placement and Support-model (Drake, Becker, Clark, & Mueser, 1999). Daarnaast is er een groep van 107 patiënten die op korte termijn niet, maar op lange termijn wel een reguliere job aanduiden als één van de opties die men verkiest:

- Op korte termijn koos men dan voornamelijk voor studies (n:75) of vrijwilligerswerk (n:46).
- Er zijn 22 (van de 107) patiënten die eerst voor een Beschutte werkplaats kiezen om dan later een reguliere job te zoeken.
- Arbeidszorg wordt door 10 personen als eerste stap gekozen.

Van de 226 begeleiders die op lange termijn een reguliere job realistisch vinden, vindt 69% dit ook op korte termijn realistisch (evenveel als bij de patiënten). De 71 begeleiders die het niet realistisch vinden dat men op korte termijn gaat werken - maar op lange termijn wel - lijken het huishouden (n: 54), studies/training (n: 45)

² In het oorspronkelijke rapport stond verkeerdelijk 69%.

en vrijwilligerswerk (n: 40) te overwegen. Arbeidszorg (n: 22) en de beschutte werkplaatsen (n: 12) blijken minder populair te zijn.



Zowel bij de patiënten als bij de begeleiders zijn er relatief weinig mensen die beschutte werkplaatsen of arbeidszorg selecteren als 'opstap' naar regulier werk. Dit kan aantonen dat de alternatieven te weinig bekend zijn, niet aansluiten op noden en wensen of misschien niet gezien worden als een opstap naar het NEC. Indien de maatwerkbedrijven³ (cfr. nieuwe wetgeving) en arbeidszorg ook willen inspelen op doorstroming naar het NEC, lijkt het belangrijk dat men transparant en regelmatig blijft terugkoppelen wat de doorstromingscijfers zijn, hoe men werkt... Op deze manier komen alle goede initiatieven van deze organisaties nog sterker tot uiting.

2.2 Aantal werkuren

De patiënten konden invullen of men vol-, deel- of halftijds wil werken. Indien men deeltijdse tewerkstelling koos, kon men het aantal uren zelf invullen. Deze antwoorden worden onderverdeeld in de volgende categorieën:

- minder dan minimum⁴ (12.7h/w)
- minder dan halftijds (12.7-19h/w)
- halftijds (19h)
- Halftijds of meer (19-37h/w)
- Voltijds (38h/w)

Let wel: personen die vrijwilligerswerk, DAC... verkiezen, werden ook opgenomen.

De meeste patiënten willen op korte termijn een dagactiviteit van +- 38 h/w (36%) of 19h/w (29%). Op lange termijn, wil een nog grotere groep voltijdse activiteiten (41%). Daarnaast wil één op tien graag iets doen, maar het aantal uren dat men opgeeft, ligt onder het wettelijke minimum van 12,7h per week. Door de gewenste arbeidstijd komen deze mensen dus niet in aanmerking om in het wettelijk arbeidsstelsel te stappen. Dit sluit

³ <https://www.werk.be/beleidsthemas/sociale-economie-en-tewerkstelling/sociale-economie/maatwerk>

⁴ De wekelijkse duur van de prestaties van een deeltijds werknemer mag niet lager liggen dan een derde van de wekelijkse arbeidsduur van de voltijdse werknemers die in de onderneming tot dezelfde categorie behoren. We kiezen gemakkelijks halve voor een 38-uren week. Het minimum werkuren per week is dan 12.666h (met een minimum van drie uur per prestatie per dag).

aan bij de aanbevelingen van de OESO aan België om werk te maken van een voldoende groot aanbod aan fulltime, halftime en deeltijds werk (OECD, 2013).

Tabel 16. Aantal werkuren - patiënt

	KT		LT	
	Freq	%	Freq	%
Geen werk	87	13	59	8
Deeltijds				
< minimum (12.7h/w)	81	12	67	10
Minimum-halftijds (12.7-19h/w)	16	2	17	2
halftijds (19h)	204	29	200	28
≥ halftijds (19-37h/w)	42	6	58	8
deeltijds onbekend	16	2	13	2
Voltijds (38h/w)	253	36	293	42

Voor de begeleiders werd een opsplitsing in aantal dagen gemaakt. De resultaten tonen dat begeleiders 2 tot 5 actieve dagen (al dan niet in een betaalde job) realistisch vinden voor de meeste patiënten.

Tabel 17. Aantal werkdagen - begeleider

	KT		LT	
	Freq	%	Freq	%
< 1d of nooit	47	7	40	5
1 dag	73	10	48	7
2-3d	341	48	361	50
4-5d	252	35	272	38



Indien we patiënten selecteren die een **betaalde job** (beschutte werkplaats, zelfstandige zaak, regulier werk...) willen, merken we op dat meer dan de helft voltijds wil werken op korte en lange termijn.

Tabel 18. Aantal betaalde werkuren - patiënt

	KT		LT	
	Freq	%	Freq	%
Deeltijds				
< minimum (12.666h/w)	11	3	6	2
Minimum-halftijds (12.666-19h/w)	3	1	4	1
halftijds (19h)	102	30	117	29
≥ halftijds (19-37h/w)	23	7	40	10
deeltijds onbekend	2	1	1	0
Voltijds (38h/w)	196	58	242	58

Voor 94% van de patiënten die een betaalde job verkiezen, denkt de begeleider dat 2 tot 5 werkdagen realistisch is op lange termijn.

Tabel 19. Aantal betaalde werkdagen - begeleider

	KT		LT	
	Freq	%	Freq	%
< 1d of nooit	16	5	11	3
1 dag	25	8	12	3
2-3d	147	45	177	44
4-5d	140	42	201	50

2.3 Specifieke keuze voor betaalde en inclusieve jobs

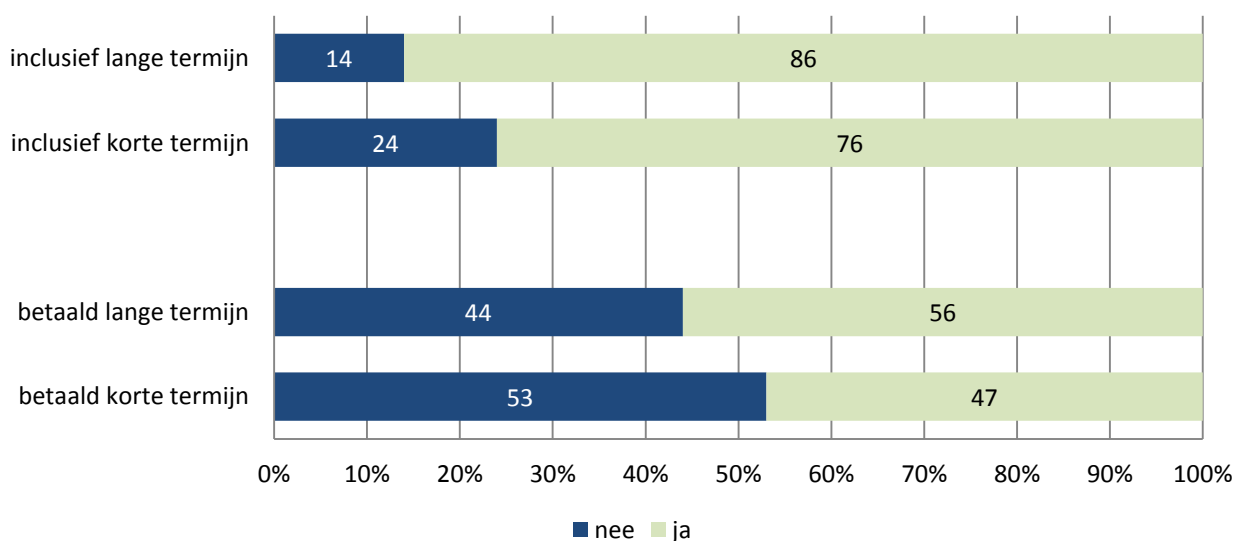
De bovenstaande methode laat het toe om een beeld te krijgen van de voorkeuren voor de hele groep. Doordat er gewerkt werd met multiple responsen en vele antwoordcategorieën, is het zeer moeilijk om een eenduidig beeld te krijgen van de mening van begeleiders en patiënten. Dit is wel mogelijk wanneer we de opties verder opsplitsen op twee assen (betaald-onbetaald en inclusief-niet inclusief) (zie methode). Iedere patiënt en begeleider wordt dus als het ware één optie per as toegekend (geen multiple responsen meer mogelijk).

2.3.1 Patiënten

Iets minder dan de helft van de patiënten wil op korte termijn een betaalde job (47%), op lange termijn willen significant meer mensen betaalde jobs (56%) (McNemar Z (1, 724): 31.470, $p < .001$). Wat betreft de mate van inclusieve opties geldt dat er op zowel korte (76%) als lange (86%) termijn een sterke nood is aan participatie in de samenleving (McNemar Z (1, 565): 19.385, $p < .001$).

Tabel 20. Korte en lange termijn opties - twee dimensies - patiënt

Patiënt		Korte termijn		Lange termijn	
		Freq	Val %	Freq	Val %
Betaald	nee	386	53	324	44
	ja	342	47	418	56
Inclusief	nee	143	24	86	14
	ja	460	76	553	86



Figuur 1. Patiënten doelen op korte en lange termijn

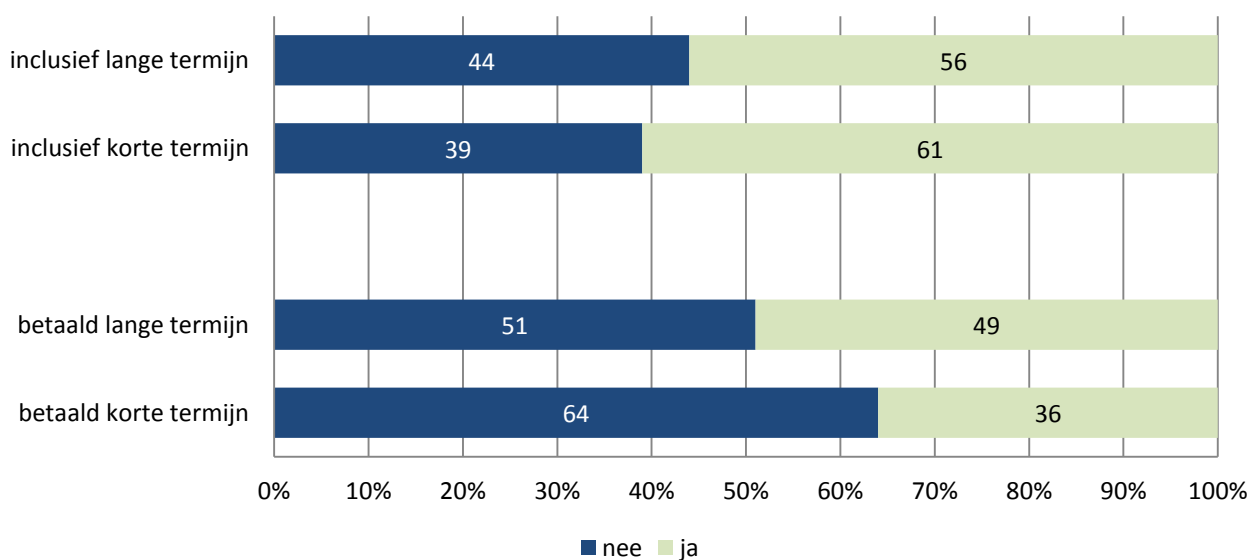
2.3.2 Begeleiders

Een minderheid van de begeleiders vindt betaald werk op korte (36%) en lange termijn (49%) realistisch. Ondanks dat het aantal begeleiders die betaald werk realistisch vinden op lange termijn significant toeneemt (McNemar Z (1, 968): 76.890, $p < .001$), blijft minder dan de helft voorstander van betaald werk.

Wat inclusieve opties betreft is het duidelijk, zowel op korte (61%) als op lange (56%) termijn is het volgens begeleiders realistisch dat patiënten een rol opnemen in de samenleving (inclusief). De significante en onverwachte daling in het aantal begeleiders van korte naar lange termijn (McNemar Z (1, 565): 16.225, $p < .001$), heeft te maken met het feit dat begeleiders meer voor beschutte werkplaatsen kiezen op lange termijn en minder voor vrijwilligerswerk.

Tabel 21. Korte en lange termijn opties - twee dimensies - begeleider

Begeleider*		Korte termijn		Lange termijn	
		Freq	%	Freq	%
Betaald	nee	460	64	374	51
	ja	264	36	358	49
Inclusief	nee	229	39	290	44
	ja	362	61	371	56



Figuur 2. Begeleiders, doelen op korte en lange termijn

Opmerking:

Voor bovenstaand cijfermateriaal van de begeleiders werd beroep gedaan op die groep van begeleiders waarvoor ook de patiënten een antwoord op hun doelen hadden gegeven (n:767).

We kunnen echter ook die antwoorden includeren van begeleiders waarvan de patiënt geen vragenlijst ingevuld heeft. Deze patiënten zijn misschien minder geïnteresseerd in werk, niet in de mogelijkheid om de lijst in te vullen of niet geïnteresseerd in dit onderzoek.

Indien we alle antwoorden van de begeleiders includeren, valt het op dat op lange termijn een minderheid van de begeleiders voor betaald werk kiest. Een kleine meerderheid van de begeleiders is voorstander van inclusieve opties. Deze resultaten wijken niet sterk af van de eerdere resultaten.

Begeleider		Korte termijn		Lange termijn	
		Freq	Val %	Freq	Val %
Betaald	nee	668	67	544	55
	ja	321	33	445	45
Inclusief	nee	293	40	368	44
	ja	449	60	470	56

2.4 Verschillen tussen subgroepen van patiënten

Logistische regressieanalyses maken het mogelijk om verschillen tussen subgroepen van patiënten te onderscheiden. Om deze analyses zo zuiver mogelijk uit te voeren, werden patiënten geselecteerd die op zowel korte als op lange termijn een arbeidsdoel opgegeven hadden (n: 733). Om logistische regressie mogelijk te maken, werd ook hier gebruik gemaakt van de twee dimensies: betaalde en inclusieve opties.

We onderzochten het verband tussen de twee dimensies en de volgende variabelen:

- Leeftijd
- Geslacht
- Periode werkloos
- Opnameduur
- Opleiding (geen/lagere - secundair - Bachelor of Master)
- Type van psychische problemen
- Ooit drie maanden een betaalde job gehad

De 10 attitude-items (zie verder) kunnen samenhangen met de keuze van de patiënt. Omdat ze echter geen onderliggende schaal vormen, worden ze hier niet opgenomen als een variabele. Meer uitleg vindt u bij de paragraaf over de attitude (zie: 3. Attitude ten opzichte van werk).

Enkele variabelen blijken gerelateerd te zijn aan de keuzes van patiënten en begeleiders. Zo blijkt bijvoorbeeld dat oudere patiënten minder geneigd zijn om voor betaald werk te kiezen en begeleiders dit voor oudere patiënten ook minder realistisch achten. Personen met een verslavingsproblematiek zijn meer geneigd om voor betaalde jobs te kiezen en begeleiders vinden dit voor hen ook realistischer dan voor de andere groepen. Echter, er blijken geen verschillen te zijn tussen personen met stemmings-, persoonlijkheids-, cognitieve of andere problemen wat betreft de wens voor betaald werk.

Een samenvatting van welke variabelen geassocieerd zijn met betaalde/inclusieve opties, vindt u in onderstaand overzicht.

De onderstaande tabellen leest u als volgt:

- Des te ouder de patiënt, des te minder vaak worden betaalde opties gekozen door de patiënt
- Des te ouder de patiënt, des te minder vaak worden betaalde opties door de begeleider realistisch geacht
- Patiënten die meer dan twee jaar werkloos zijn, verkiezen minder vaak betaald werk in vergelijking met de andere groepen
- Patiënten met een verslavingsproblematiek zijn meer geneigd om betaalde opties te verkiezen in vergelijking met de andere groepen

Op korte termijn:

1) Betaalde opties

a) Patiënt



- Leeftijd
- >2 jaar werkloos



- Tewerkgesteld
- Verslavingsproblematiek
- ≤1 jaar opgenomen
- Man

b) Begeleider



- Leeftijd
- >2 jaar werkloos
- > 1 jaar opgenomen



- Tewerkgesteld
- Verslavingsproblematiek
- ≤1 jaar opgenomen
- Man
- Ooit al drie maanden gewerkt

2) Inclusieve opties

a) Patiënt



- Leeftijd



- Bachelor&Master
- ≤1 jaar opgenomen

b) Begeleider



- Leeftijd



- Verslaving, Persoonlijkheid
- Bachelor&Master
- ≤1 jaar opgenomen
- Man

Op lange termijn:

1) Betaalde opties

a) Patiënt



- Leeftijd
- >2 jaar werkloos
- Psychotische en comorbide



- Tewerkgesteld
- Verslavingsproblematiek
- Bachelor&Master
- Ooit drie maanden gewerkt

b) Begeleider



- Leeftijd
- >2 jaar werkloos
- Psychotische
- > 1 jaar opgenomen



- ≤ 2 jaar werkloos en tewerkgesteld
- Emotionele, Verslaving
- ≤1 jaar opgenomen
- Man

2) Inclusieve opties

a) Patiënt



- Bachelor&Master

b) begeleider



- Leeftijd
- Cognitieve



- Emotionele, Verslaving
- Bachelor&Master
- ≤1 jaar opgenomen
- Man

En wat met jobs in het NEC (betaald en/of zelfstandige)?

Omdat we hierboven met percentages werken die meer dan 100% kunnen bedragen, mogen we deze niet zomaar optellen (zie methode).



Een herberekening toont dat 37% van de patiënten op korte termijn een voorkeur hebben voor jobs in het NEC. Ongeveer 23% van de begeleiders vindt dit realistisch. Op lange termijn wil 47% van de patiënten dergelijke jobs en 32% van de begeleiders vindt het realistisch.

3 Attitude ten opzichte van werk



De meeste patiënten vinden tewerkstelling belangrijk in hun leven, het geeft hen een gevoel dat men iets goed doet. Dit wordt ook weerspiegeld in het feit dat men niet enkel zal gaan werken als het moet, ook indien men niet verplicht wordt, wil men werken. Men ervaart tewerkstelling niet als de oorzaak van de huidige psychische problemen, maar ook niet als een manier om de psychische problemen te verzachten.

Tabel 22. Attitude ten opzichte van werk (5-puntenschaal)

	M	SD
Het hebben van een goede job is heel belangrijk in mijn leven.	4,13	1,18
Werken geeft me het gevoel iets goed te doen.	4,03	1,04
Werken zorgt er voor dat ik me minder verveel.	3,88	1,10
Door te werken heb ik minder financiële problemen.	3,84	1,28
Werken geeft me meer zelfvertrouwen.	3,79	1,13
Door te werken ben ik minder eenzaam.	3,74	1,20
Werken helpt me mijn psychische problemen te vergeten.	3,33	1,28
Door te werken heb ik minder psychische problemen.	3,10	1,31
Mijn werksituatie (je job, werkloos zijn...) is/was de belangrijkste reden van mijn psychische problemen.*	2,66	1,43
Ik werk enkel en alleen omdat het moet.*	2,32	1,29

* Des te lager, des te 'beter' (psy. Problemen zijn niet per se de oorzaak van werkloosheid en men werkt niet per se omdat het moet)

In de figuren in de bijlage tonen we de verdeling van de scores op de verschillende items. Daaruit kan men afleiden dat voor sommige items de meningen sterk gecentreerd zijn terwijl voor ander items de meningen gelijk verdeeld zijn over de verschillende antwoordcategorieën.

3.1 Verschillen tussen groepen

Doordat er verschillende achtergrondgegevens beschikbaar zijn, kunnen we enkele groepen vergelijken.

Leeftijd

We verdelen de patiënten over 4 leeftijdsgroepen: 18-29j 30-39j 40-54j 55+j (max 64j)

Uit de tests blijkt dat de leeftijdsgroepen op een aantal items van mening verschillen:

- (1) Jongere groepen vinden tewerkstelling belangrijker in hun leven dan oudere groepen (H(3): 21.109, $p < .001$)
- (2) In vergelijking met patiënten jonger dan 30 jaar, vinden patiënten ouder dan 30 jaar dat men via tewerkstelling
 - a. meer zelfvertrouwen kan winnen (H(3): 18.319, $p < .001$)
 - b. psychische problemen beter kan vergeten (H(3): 11.947, $p < .01$)
 - c. men minder psychische problemen zal hebben (H(3): 18.837, $p < .001$)

Patiënten die ouder zijn wijden hun psychische problemen vaker toe aan hun werksituatie (of het gebrek aan werk) (H(3): 13.872, $p < .01$)

- (3) De groep van 55-plussers scoort lager op de stelling 'tewerkstelling leidt tot minder financiële problemen' (H(3): 16.350, $p < .001$). Dit wil zeggen dat ouderen mogelijks voldoende middelen achter de hand hebben (spaarrekening, pensioen...) om zich niet langer ongerust te maken over hun financiële toestand. Gaan werken zal voor hen dus weinig financiële meerwaarde hebben.

Geslacht

Vrouwen scoren op enkele items significant verschillend van mannen. Hieruit leiden we af:

- Vrouwen vinden tewerkstelling belangrijker dan mannen (U: 59830.0, $z = -2.005$, $p = .045$), onder andere omdat ze vinden dat tewerkstelling tot minder eenzaamheid leidt (U: 57029.5, $z = -2.398$, $p = .016$).
- Mannen zijn er meer van overtuigd dat tewerkstelling tot minder psychische problemen zal leiden (U: 57001.0, $z = -2.493$, $p = .013$).

Opleiding

Een opvallende vaststelling wat betreft de attitudes van personen met **diverse opleidingsgraden**, is dat personen met een hogeschoolopleiding verschillen van andere groepen, ook van deze van de universiteit.

Personen met een hogeschooldiploma (Bachelors):

- vinden werk belangrijker in het leven in vergelijking met de andere groepen (H(4): 22.838, $p < .001$)
- denken vaker dat tewerkstelling tot minder financiële problemen zal leiden (H(4): 14.329, $p = .006$)

Het feit dat personen met een Master-opleiding minder positieve attitudes hebben in vergelijking met personen met een hogeschoolopleiding kan te verklaren zijn doordat men in het verleden mogelijks meer druk ervaarde, men meer stressvolle banen had, men meer negatieve ervaringen opdeed... Daarenboven zijn hogeropgeleiden (zowel Bach en Ma) vaker van mening dat tewerkstelling kan bijdragen tot zelfvertrouwen (H(4): 10.213, p:.037)).

Type psychische problemen



Wat betreft patiënten met een **verschillende diagnose**, blijkt er een significant verschil bij de scores op items 1, 4, 5, 9 en 10. Echter, na post hoc correctie blijken er geen noemenswaardige verschillen te zijn tussen de verschillende groepen. We kunnen dus stellen dat tewerkstelling even positief benaderd wordt door de respondenten met emotionele, psychotische of verslavingsproblemen.

3.2 Verschillen tussen mensen met een voorkeur voor het NEC en anderen

Om te onderzoeken of mensen die het NEC op lange termijn verkiezen anders naar jobs kijken dan mensen die niet voor het NEC kiezen, werden enkele extra tests uitgevoerd. Hieruit blijkt dat er inderdaad enkele verschillen zijn.



Hoewel de hele groep tewerkstelling belangrijk vindt, blijkt dat patiënten die voor het NEC kiezen,

- vinden tewerkstelling belangrijker in hun leven
- vinden vaker dat werk hun zelfvertrouwen verhoogt
- hebben meer het gevoel via werk iets goed te doen
- vervelen zich minder door te werken
- denken dat men minder financiële problemen zal hebben
- voelen zich minder eenzaam door te werken

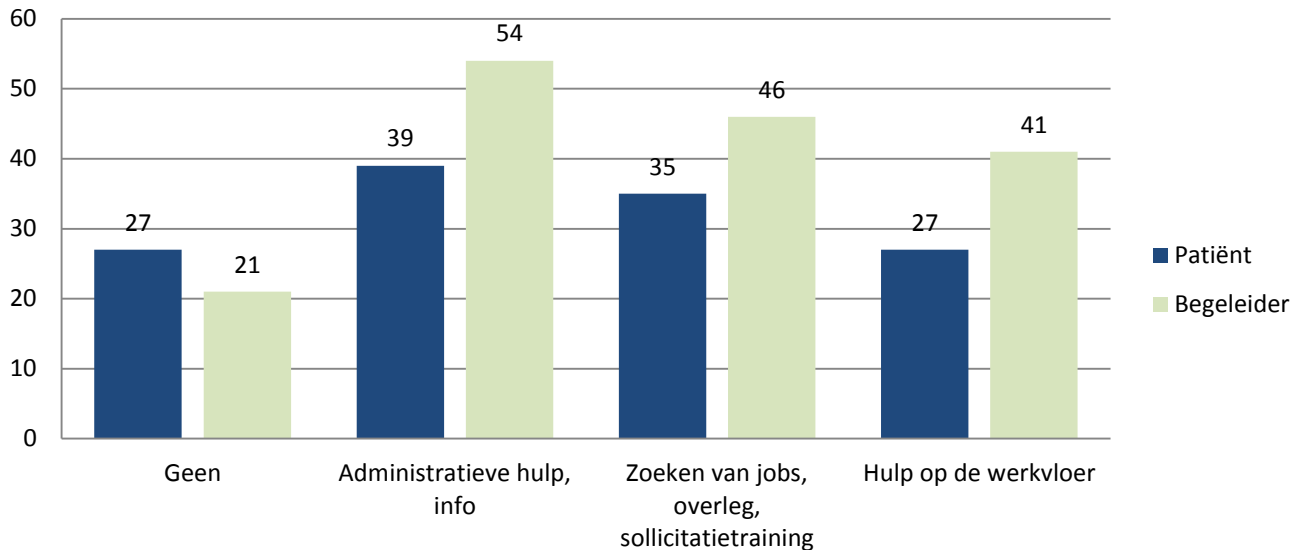
Met andere woorden, patiënten die vinden dat werk belangrijk is, hen het gevoel geeft iets goed te doen, minder verveling ervaren door te werken... zijn meer geneigd voor betaalde jobs in het NEC te kiezen.

4 Ondersteuningsnood

Behalve een gedeeld doel, is het belangrijk dat patiënten en begeleiders een zicht hebben op de stappen die men kan nemen om het doel te bereiken. In het ideale geval heeft men besproken wat deze stappen inhouden en komt men overeen over welke stappen genomen zullen worden.

Om dit na te gaan, konden patiënten en begeleiders verschillende ‘ondersteuningsopties’ aanduiden. Hieronder wordt eerst weergegeven welke keuzes de patiënten en de begeleiders verkiezen.

Zowel patiënten (39%) als begeleiders (54%) zeggen vooral nood te hebben aan administratieve hulp en informatie. Daarnaast blijkt dat de groep van personen die geen hulp wil even groot is als de groep die steun op de werkvloer wil (27%). Het lage aantal personen dat kiest voor onmiddellijke ondersteuning op de werkvloer is mogelijks een gevolg van het feit dat de meeste personen vooral op lange termijn reguliere jobs verkiezen. Begeleiders kiezen ook voor ondersteuning op de werkvloer, maar voor minder dan de helft van de patiënten. Dit kan het gevolg zijn van lage verwachtingen op korte of lange termijn (‘werk is nog/niet meer mogelijk’) of een gebrek aan kennis van het aanbod. Begeleiding op de werkvloer is echter een krachtige methode om personen terug op de arbeidsmarkt te krijgen en te houden (Kinoshita et al., 2013).



Figuur 3. Ondersteuningsnood - multiple response - % of cases⁵

Om de overlap te bestuderen tussen wat patiënten en begeleiders kiezen, wordt de “meest intensieve” vorm van begeleiding gekozen en deze vergeleken met de “meest intensieve” begeleidingsvorm die de andere partij kiest. We gaan er hierbij vanuit dat, om hulp op de werkvloer te kunnen bieden, men vaak eerst de

⁵ In een eerder rapport stond bij ‘begeleiders-hulp op de werkvloer’ 10%. Dit moet 41% zijn.

administratie in orde brengt, sollicitatietraining aanbiedt en jobs zoekt. Deze opdeling zegt natuurlijk niets over het aantal contacten (frequentie) met de persoon of de waarde van elk type ondersteuning.



Het valt op dat 230 van de 657 (35%) koppels dezelfde meest intensieve optie aangeduid hebben. De frequentie van 'begeleiders die meer intensieve opties aanduiden dan de patiënt' (n: 268, 41% blauwe stippellijn) ligt significant hoger dan het aantal 'patiënten die meer intensievere opties kiezen dan hun begeleider' (n: 159, 24% oranje volle lijn). Begeleiders kiezen dus, in vergelijking met patiënten, voor meer intensieve vormen van ondersteuning (bv.: begeleiding op de werkvloer- (Bowker: 30,436, df 6, n: 657, $p < .001$).

Tabel 23. Meest intensieve ondersteuning volgens patiënt versus begeleider

Patiënt	Begeleider				Totaal
	geen	Adm., info	zoeken jobs, overleg	op werkvloer	
Geen	53	42	19	56	170
Administratieve hulp, info	34	38	34	54	160
Zoeken van jobs, overleg	12	21	50	63	146
Hulp op de werkvloer	28	28	36	89	181
Total	127	129	139	262	657

5 Steun van anderen en begeleiding op de afdeling

5.1 Verwachte en gekregen steun

Aan elke patiënt werd gevraagd van wie men steun verwacht (ja/nee) en van wie men steun krijgt. Uit de resultaten blijkt dat meer dan de helft van de patiënten die hulp verwachten voor werkgerelateerde zaken vooral hulp verwacht van:

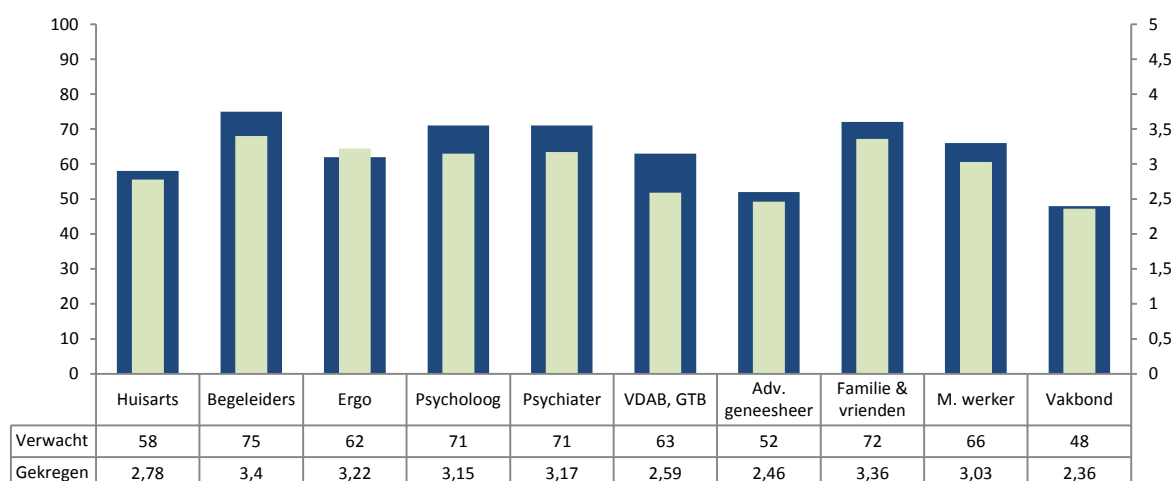
- de begeleiders op de afdeling (75%)
- vrienden & familie (72%)
- de psychiater en psycholoog (71%)

De mate waarin men steun krijgt, kon gescoord worden op een 5-puntenschaal (exclusief NVT). Men zegt het meeste steun te krijgen van de begeleiders op de afdelingen, familie&vrienden en de maatschappelijk werker.

Tabel 24. Verwachte en gekregen steun

	Verwacht	Gekregen (1-5)	
	%ja	M	SD
Huisarts	58	2,78	1,28
Begeleiders	75	3,40	1,14
Ergotherapeut/ activiteitenbegeleider	62	3,22	1,19
Psycholoog	71	3,15	1,24
Psychiater	71	3,17	1,25
VDAB, GTB, lokale Werkwinkel	63	2,59	1,32
Adviserend geneesheer	52	2,46	1,24
Familie en vrienden	72	3,36	1,28
Maatschappelijk werker	66	3,03	1,31
Vakbond	48	2,36	1,26

*N per item kan verschillen en exclusief NVT



Uit deze analyse blijkt dat er een belangrijke rol weggelegd is voor de persoonlijke begeleider en de familie en vrienden. Dit is congruent met eerdere bevindingen die aantonen dat het heel belangrijk is om de sociale context van een patiënt mee op te nemen (Frost, Morris, Sherring, & Robson, 2010). Onderzoek toonde ook al het belang aan van gemotiveerde en hoopvolle begeleiders die de patiënt motiveren en ondersteunen (Gowdy, Carlson, & Rapp, 2004).

Een andere belangrijke vaststelling betreft de ergotherapeut, de psychiater/psycholoog en de huisarts. Deze zijn allemaal heel belangrijke partners, maar het is vooral van de psycholoog en de psychiater dat men steun verwacht en krijgt.

Ondanks men van de ergotherapeut minder steun verwacht, krijgt men er wel steun van. Het kan belangrijk zijn om na te gaan hoe patiënten de functie van een ergotherapeut zien. Indien deze vooral gezien wordt als een persoon die vrijblijvend vrijetijdsbesteding aanbiedt, lijkt het evident dat men er minder steun van verwacht bij het zoeken van werk. Echter, de ergotherapeut speelt een cruciale rol in de arbeidsre-integratie van personen met psychische problemen.

De verdeling per item op de 'gekregen' schaal wordt weergegeven in de grafieken in de bijlage. Verdere inspectie kan interessant zijn om verschillen tussen items te interpreteren.

5.2 Verschillen tussen groepen

Leeftijd

In tegenstelling tot ouderen (+55j), verwachten jongeren (18-29j) meer steun van de ergotherapeut ($\chi^2(3, 509): 12.703, p:.005$). Er is geen verschil qua ontvangen steun. De 55-plussers zijn ook minder dan anderen geneigd steun te *verwachten* van de VDAB, GTB... ($\chi^2(3, 476): 25.726, p<.001$). Men ervaart ook minder steun van de VDAB dan andere leeftijdsgroepen ($H(3): 7.975, p:.047$)).

Een laatste verschil in leeftijdsgroepen betreft verwachte steun van familieleden. Jongeren (18-29j) zijn meer geneigd om van hen steun te verwachten en de groep van 40-54 jaar verwacht het minste steun ($\chi^2(3, 569): 18.877, p<.001$). Er bestaat ook een effect tussen de leeftijdsgroepen en de *gekregen* steun van familie en vrienden. Twintigers ervaren meer steun van hen, de mensen tussen 40 en 54 jaar oud ervaren de minste steun ($H(3): 15.806, p:.001$)).

Geslacht

Vrouwen zijn meer dan mannen geneigd om steun te verwachten van hun begeleiders ($\chi^2(1, 574): 4.735, p:.030$), psycholoog ($\chi^2(1, 542): 10.468, p:.001$), psychiater ($\chi^2(1, 583): 8.034, p:.005$), familie ($\chi^2(1, 571): 5.095, p:.024$) en maatschappelijk werker ($\chi^2(1, 518): 4.836, p:.028$).

Qua gekregen steun, kan opgemerkt worden dat vrouwen meer steun ervaren van hun huisarts ($U: 27988.00, z:-3.363, p:.001$), ergotherapeut ($U: 26208,500, z:-1.988, p:.047$), psycholoog ($U: 24131,500, z:-3.334, p:.001$) en van vrienden en familie ($U: 34752,500, z:-2.123, p:.034$).

Opleiding

Patiënten met een universitair diploma zijn, in vergelijking met andere opleidingsniveaus, veel minder geneigd om hulp te verwachten van een maatschappelijk werker ($\chi^2(4, 516): 11.870, p:.018$). De groepen verschillen niet wat betreft gekregen steun.

Type psychische problemen

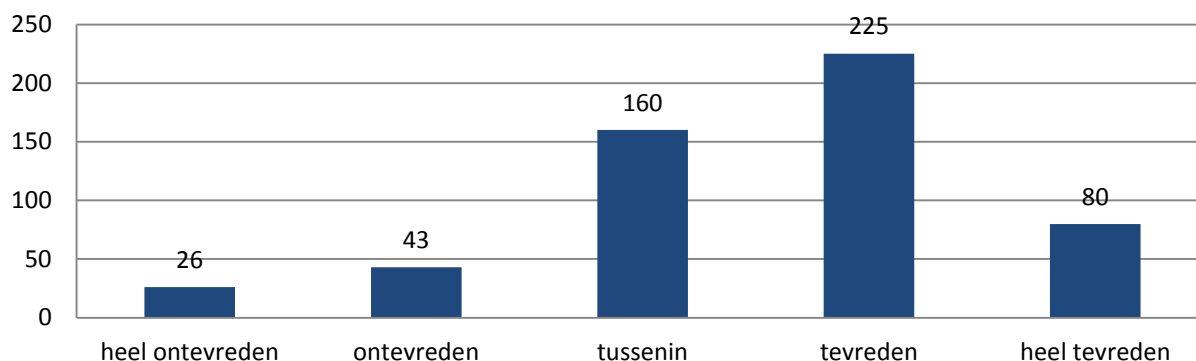
Personen met een verslavingsproblematiek zijn meer geneigd om steun te verwachten van hun huisarts ($\chi^2(7, 537): 14.7666, p:.039$) en ergotherapeuten ($\chi^2(7, 494): 25.914, p:.001$), personen met psychotische problematieken juist minder.

Personen met verschillende diagnoses verschillen onderling wat betreft de gekregen steun van begeleiders, maar deze verschillen zijn niet langer significant na post hoc analyses ($H(7): 14,522, p:.043$)). Personen met een persoonlijkheidsstoornis ervaren wel minder steun van hun ergotherapeuten in vergelijking met sommige andere groepen (dubbeldiagnoses, psychotische of stemmings- en angstproblemen) ($H(7): 18,653, p:.009$)).

5.3 Begeleiding naar werk

Via enkele bijkomende vragen gingen we dieper in op de verwachtingen ten opzichte van de begeleider en begeleidingen naar werk.

Hieruit blijkt dat een groot deel van de patiënten (n: 305, 57%) (heel) tevreden is over de algemene begeleiding naar werk. Er blijft echter nog een grote groep van mensen die minder tevreden is (n: 229, 43%).



Figuur 4. Algemene tevredenheid begeleiding naar/over werk (n: 534)



Een belangrijke opmerking die we willen maken, is dat er een significant verschil bestaat qua tevredenheid tussen de mensen die géén betaalde job willen en degenen die dit op lange termijn wel willen (BW, regulier, zelfstandige) ((U(30100.00) z: -2.054, p:.040). Degenen die nog een betaalde job willen, zijn over het algemeen minder tevreden met hun begeleiding naar werk!



Er werd ook gevraagd of men het belangrijk vindt dat persoonlijke begeleiders de persoon motiveren om na te denken over betaalde jobs. We merken dat de helft van alle patiënten dit toch wel belangrijk vindt. Men is ook best tevreden over hoe dit momenteel aangepakt wordt, maar er is toch nog ruimte voor verbetering volgens 43% van de patiënten. Hoewel begeleiders op een afdeling niet het hele proces kunnen opnemen, is het wel belangrijk dat men het gesprek over het werkverleden en -doelen aangaat.

Tabel 25. Begeleiders en het motiveren van de patiënt

	Freq	%	% exclusief NVT
Belang van begeleiders die motiveren om na te denken over betaald werk (n: 720)			
heel onbelangrijk	80	11	14
onbelangrijk	83	12	14
tussenin	129	18	21
belangrijk	197	27	33
heel belangrijk	104	14	18
NVT	127	18	/
Tevredenheid waarop begeleiders motiveren om na te denken over betaald werk (n: 721)			
heel ontevreden	31	4	6
ontevreden	37	5	8
tussenin	141	20	29
tevreden	212	29	43
heel tevreden	74	10	15
NVT	226	31	/

Ongeveer 45% van de patiënten wil dat de begeleider het initiatief neemt om de werksituatie aan te pakken. Een tegenstrijdigheid is wel dat de meeste patiënten vinden dat het initiatief er moet komen als ze het zelf aangeven (55%). Dit toont echter niet aan dat er niet vanaf het begin gepraat moet worden over de werksituatie van de patiënt. Initiatieven om werk aan te pakken zijn namelijk actiever dan louter 'gesprekken' en 'motiveren' (zie vorige vraag). De antwoorden tonen wel aan dat met het plannen van volwaardige acties, zoals stages, rekening gehouden moet worden met het tempo van de persoon in kwestie.

Tabel 26. Initiatieven bij begeleiding naar werk

	Freq	%
Verwacht u initiatief een initiatief van uw begeleiders om uw werksituatie aan te pakken (n: 702, missing 65)		
ja	316	45
nee	224	32
geen oordeel	145	21
andere	17	2
Wanneer verwacht u dit initiatief (n: 707, missing 60)		
vanaf begin	95	13
na enkele weken	74	11
wanneer ik zelf zeg	388	55
niet hun taak	109	15
andere	41	6

Ongeveer één op drie patiënten wil regelmatig een overleg met een werkspecialist (VDAB, GTB...). Hoewel over een overleg met een werkspecialist dus nog enige twijfel bestaat, vinden meer patiënten (42%) het zinvol dat de psycholoog/psychiater overleg heeft met deze werkspecialist. Indien de patiënt een overleg wil, kan de specialist het best naar de organisatie komen (45%). Ook het kantoor van de VDAB (Werkwinkel) is een goede plaats om af te spreken (31%).



Wanneer we deze antwoorden linken aan de vraag betreffende de ondersteuning die nodig is, lijkt het zinvol dat werkspecialisten zoals die van GTB, GOB's ... regelmatig tot het psychiatrisch ziekenhuis komen om zowel patiënten als begeleiders te informeren.

Tabel 27. Overleg

	Freq	%
Zou u graag regelmatig overleg hebben met werkspecialist (VDAB...)?		
Ja	264	37
nee	257	36
geen oordeel	198	27
Zinvolheid overleg tss werkspecialist (VDAB, GTB...) en psycholoog/ psychiater		
helemaal niet zinvol	119	17
niet zinvol	101	15
tussenin	179	26
zinvol	218	31
heel zinvol	77	11
Waar wilt u dat specialist langskomt?		
in organisatie	224	45
thuis	97	20
op kantoor VDAB	154	31
andere	20	4

Wat betreft de openheid naar werkgevers stellen we vast dat de meeste personen iets zouden vertellen over de psychische problemen die men heeft. Toch zal 22% van de patiënten ervoor kiezen absoluut niets te vermelden. Er is ook een groep van personen die alles zou vertellen. We moeten ons daar natuurlijk bij afvragen of dit per se aan te raden is. Werkgevers hebben vooral nood aan relevante informatie die juist gekaderd wordt. Het is bijvoorbeeld niet altijd nuttig om te melden dat iemand stemmen hoort, maar wel dat de persoon zich soms moeilijk kan concentreren door vele gedachten tegelijkertijd.

Tabel 28. Vertrouwelijke informatie aan werkgever

	Freq	%
ja, alles	133	19
spontaan enkele zaken	193	27
iets, als het moet	205	29
niets	160	22
andere		
- Durf niet		
- Zelfstandige	16	2
- Afhankelijke van baas, situatie...		
NVT	7	1

6 Ervaren barrières

Aan elke patiënt werd een lijst met barrières voorgelegd. Elke barrière kreeg een score van 1 tot 7, des te hoger de score des te sterker de barrière naar werk (zoeken). De gemiddelde scores liggen allen relatief laag. Dit wil zeggen dat de barrières niet als echte hinderpalen gepercipieerd worden. De grootste obstakels vormen de angst om te hervallen (M: 3.76), weinig zelfvertrouwen (M: 3.45) en een gebrek aan concentratie (M: 3.34).

Er zijn verschillende redenen waarom barrières niet als een obstakel worden gezien. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat de patiënt zo sterk gemotiveerd is om te werken dat men denkt dat iets geen obstakel zal vormen. Daarnaast kan het ook zijn dat de patiënt onvoldoende stilgestaan heeft bij de eigen barrières. Dit komt ook tot uiting in het feit dat men de eigen arbeidsproblemen en ondersteuningsnood vaak lager inschat dan de begeleiders. Het wil echter niet zeggen dat de begeleiders een realistisch beeld hebben. Het kan zijn dat men uit voorgaande ervaringen voorzichtiger is geworden betreffende de professionele toekomst van personen met psychische problemen.

Via verschillende tests kunnen we nagaan of er verschillen bestaan tussen groepen. Hierbij moet wel de bovenstaande vaststelling steeds in het achterhoofd gehouden worden; het zijn voor de meeste personen geen echte barrières.

De **jongeren** ervaren minder problemen met fysieke gezondheidsproblemen of een gebrek aan energie in vergelijking met de 55-plussers. In vergelijking met de andere groepen, ervaart de meest jonge groep (18-29j) wel:

- meer last van 'niet goed weten welke job men wil'
- weinig zelfvertrouwen
- niet het juiste diploma te hebben
- een gebrek aan ondersteuning
- meer vooroordelen van werkgevers
- concentratiemoeilijkheden
- stress bij het zoeken van werk

Wat betreft **geslacht**, merken we dat vrouwen sommige items als grotere barrières ervaren dan mannen. Vooral de angst om te hervallen (M:4.26) en het gebrek aan zelfvertrouwen (M:4.13) zijn voor hen vaker obstakels naar werk.

Daarnaast bestaan er ook verschillen tussen personen met **verschillende diagnoses**. Samenvattend kunnen we besluiten dat het vooral de personen met verslavingsproblematieken zijn die minder barrières ervaren (bv.: gebrek aan motivatie, slechte ervaringen in het verleden, gebrek aan energie of steun van familie...).

Voor **Bachelors** en Masters blijken de volgende items minder vaak barrières te vormen:

- vervoer
- niet het juiste diploma hebben
- minder verdienen door te gaan werken
- onafhankelijk en zelfstandig moeten werken

Masters en mensen zonder diploma zeggen meer moeite te hebben met een verzorgd uiterlijk in vergelijking met de andere groepen. Masters zeggen ook moeite te hebben met tijdig op het werk aan te komen.

Tabel 29. Barrières

	M	SD
1 Fysieke gezondheidsproblemen	2,92	2,02
2 Vervoer	2,94	2,26
3 Gebrek motivatie	2,64	1,83
4 Angsten/fobieën	2,96	2,02
5 Slechte ervaringen	2,87	2,11
6 Niet weten	2,84	2,05
7 Gebrek energie	3,28	2,07
8 Niet juiste diploma	2,86	2,11
9 Minder verdienen	2,60	1,95
10 Neveneffecten	2,36	1,80
11 Geen steun van familie. vrienden	2,15	1,75
12 Weinig zelfvertrouwen	3,45	2,113
13 Te weinig interessante jobs	2,56	1,79
14 Niet snel genoeg kunnen werken	2,82	2,00
15 Vooroordelen van werkgevers	3,27	2,12
16 Moeite met samenwerken	2,40	1,76
17 Stemningsveranderingen	2,93	1,95
18 Stress door het zoeken	2,76	1,95
19 Moeilijk omgaan met veranderingen als je werkt	3,12	2,02
20 Stress op dit moment	2,96	2,06
21 Competitie is te groot	2,53	1,80
22 Verplichtingen aan familie	2,15	1,70
23 Gebrek aan ondersteuning	2,23	1,63
24 Reeds lang niet meer gewerkt	3,26	2,19
25 Bang voor vooroordelen van collega's	3,13	2,12
26 Moeite om op tijd te komen	2,12	1,76
27 Verzorgd uiterlijk	1,80	1,45
28 Onafhankelijk en zelfstandig werken	2,41	1,79
29 Bang niet te kunnen omgaan met de stress	3,22	2,14
30 Angst hervallen	3,76	2,17
31 Concentratiemoeilijkheden	3,34	2,03
32 Weinig toegang tot informatie over werk	2,45	1,78

Conclusies en aanbevelingen

In deze laatste sectie worden de bevindingen van het onderzoek in 7 psychiatrische ziekenhuizen (46 afdelingen) weergegeven. We beperken ons hier tot enkele algemene bevindingen, meer specifieke informatie kan in het rapport teruggevonden worden.

1 Conclusies

Algemeen

- De meeste patiënten hebben een positieve houding ten opzichte van betaald werk. Men vindt tewerkstelling belangrijk omdat het een gevoel geeft dat men iets goed doet en het verveling tegengaat. De attitude van personen die naar een job in het NEC verlangen, is zelfs nog positiever.
- Ondanks een wens voor betaalde jobs, is meer dan de helft van de patiënten al meer dan twee jaar werkloos. Bovendien maken veel mensen (42%) zich heel vaak of regelmatig zorgen over hun werksituatie.

Arbeidsdoelen

Mensen met psychiatrische problemen hebben de wens om hun dag zinvol te besteden. Dit kan via vrijwilligerswerk, studies... We mogen echter niet vergeten dat ook maatwerkbedrijven en vooral jobs in het normaal economisch circuit (NEC) een veel voorkomend doel zijn. Dit toont aan dat het belangrijk is in te zetten op aangepaste begeleiding, het aanpassen van bestaande jobs aan het individu, sensibilisering van werkgevers en het grote publiek... Hiermee kan en moet reeds gestart worden tijdens de opname.

2) Jobs in het NEC (regulier, zelfstandige zaken):

- 37% van de patiënten heeft op korte termijn een voorkeur voor jobs in het NEC. Ongeveer 23% van de begeleiders vindt dit realistisch.
Op de lange termijn wil 47% van de patiënten een job in het NEC, 32% van de begeleiders vindt het realistisch.
- Indien de patiënt op lange termijn een reguliere job wil, is de kans groot dat men dit ook op korte termijn wil. Dit pleit voor het evidence-based principe 'snelle jobzoektocht naar jobs in het NEC' van het Individual Placement and Support-model (Bond, Drake, & Becker, 2012). Andere tussenstappen die populair zijn, zijn studies of vrijwilligerswerk. Beschutte werkplaatsen en arbeidszorg zijn minder populair als 'tussenstap'.

3) Betaalde jobs (regulier, BW en zelfstandige zaken):

- Iets minder dan de helft van de patiënten wil op korte termijn een betaalde job (47%). Het aantal mensen dat hiervoor op lange termijn kiest, ligt significant hoger (56%).
- Sommige patiënten zijn meer geneigd om voor betaalde arbeid te kiezen (i.e. patiënten die jonger zijn, een verslavingsproblematiek hebben, hoger studies afgerond hebben of ooit 3 maanden gewerkt). Wanneer men nog tewerkgesteld is, is men ook meer geneigd om terug te willen werken. Dit wil zeggen dat het belangrijk is dat men vaak zo snel mogelijk contacten moet aangaan met de werkgever. Een regelmatig contact en goede communicatie tussen de werknemer en werkgever verhoogt de kansen op re-integratie (Frank & Thurgood, 2006).
- De begeleiders vinden betaald werk op korte (36%) en lange termijn (49%) minder realistisch.

4) Andere belangrijke doelen:

- Inclusieve dagbesteding is populair. Men wil met andere woorden contact met personen zonder psychische problemen. Begeleiders vinden dit heel realistisch.
- Zowel op korte als lange termijn kiezen patiënten vaak voor vrijwilligerswerk. Op lange termijn komen ook studies, beschutte werkplaatsen en het dagactiviteitencentrum (DAC) als doelen voor (ongeveer één op tien mensen).
- De begeleiders vinden het DAC (35%) en het huishouden (35%) op korte termijn realistisch. Op lange termijn blijft het DAC (25%) het meest gekozen, maar ook vrijwilligerswerk (18%) wordt als een realistische optie gezien.
- Patiënten willen vooral een voltijdse dagactiviteit. Begeleiders denken dat meer dan 2 (tot zelfs 5) dagen best realistisch is voor de meerderheid van de patiënten. Deze vaststellingen gelden ook voor betaalde arbeid.

Ondersteuning en begeleiding

2) Tevredenheid

Het grootste deel van de patiënten is tevreden over de algemene begeleiding naar werk. Toch is er nog ruimte voor verbetering aangezien 43% minder tevreden is en niet altijd zeer veel steun ervaart. Bovendien blijkt dat net die personen die een betaalde job willen, vaak minder tevreden zijn over hun begeleiding naar werk.

3) Verwachte en gekregen steun

- Drie op vier patiënten verwachten voor zaken betreffende tewerkstelling hulp van de begeleiders op de afdeling. Men ervaart van hen gematigde steun. Het is niet de taak van de begeleider om alle taken met betrekking tot arbeidsre-integratie op te nemen, maar een vertrouwensfiguur en aanspreekpunt te zijn. De begeleider kan bovendien ondersteund worden door de ergotherapeut.
- Desondanks men het gevoel heeft dat men van ergotherapeuten steun krijgt, tonen de resultaten aan dat men van hen minder steun verwacht dan van de persoonlijke begeleider. Het kan zijn dat de rol

van de ergotherapeut bij de arbeidsre-integratie niet altijd duidelijk is voor de patiënt. De ergotherapeut heeft echter een cruciale taak, zowel bij het ondersteunen van patiënten als bij het ondersteunen van het team bij hun werkgerelateerde vragen. Ergotherapeuten kunnen ook omwille van hun specifieke kennis en vaardigheden een belangrijke contactpersoon zijn voor de VDAB, GTB, beschutte werkplaatsen/maatwerkbedrijven...

- Ook van vrienden & familie (72%) verwacht men werkgerelateerde ondersteuning. De bredere sociale context van de patiënt blijkt dus een belangrijke functie te spelen bij de re-integratie (Frost et al., 2010; Taskila et al., 2014). Het is met andere woorden belangrijk voldoende oog te hebben voor familie en vrienden van de patiënt.
- Psychiaters en psychologen blijken cruciale actoren aangezien 71% van de patiënten steun van hen verwacht. Hoewel de rol van de huisarts in dit onderzoek minder prominent op de voorgrond komt, zal ook de huisarts zijn rol als sleutel- en vertrouwensfiguur moeten opnemen bij werkgerelateerde problemen en vragen.
- Het minste steun ervaart men van de adviserend geneesheer en de VDAB.

4) De begeleider en zijn patiënt

- Drie op vier patiënten verwachten hulp van de begeleiders op de afdeling als het over tewerkstelling gaat. Bijna de helft van alle patiënten vindt het belangrijk dat hun persoonlijke begeleider hen ook motiveert om na te denken over werk. Onderzoek toonde al het belang aan van begeleiders die de patiënt motiveren, ondersteunen en geloven in diens toekomst (Gowdy et al., 2004; Taskila et al., 2014).
- De patiënt en zijn individuele begeleider zitten niet altijd op dezelfde golflengte. Dit kan een effect hebben op de werkalliantie en op de motivatie van de patiënt. Beide factoren spelen een belangrijke rol bij het welslagen van het arbeidsre-integratieproces (Harris, Matthews, Penrose-Wall, Alam, & Jaworski, 2014; Kukla & Bond, 2009). Daarnaast is het belangrijk dat beide partijen een zicht hebben op het doel dat men nastreeft en hoe men dit zal nastreven (type begeleiding, tijds kader, externe partners...) (Harris et al., 2014).
 - Ondanks het lange en positieve contact van de meeste begeleiders met hun patiënt, kent 18% van de begeleiders de arbeidsdoelen van de patiënt niet.
 - Ongeveer de helft van de patiënten (51%) zegt dat hij verschillende of uitgesproken arbeidsproblemen heeft terwijl meer dan drie kwart (80%) van de begeleiders zegt dat deze problemen er zijn. Begeleiders schatten de arbeidsproblemen dus ernstiger in dan de patiënt zelf.
 - Begeleiders kiezen, in vergelijking met patiënten, voor meer intensieve vormen van ondersteuning (bv.: begeleiding op de werkvloer). Beide partijen hebben wel nood aan administratieve hulp en informatie over jobs/vacatures/... De groep van patiënten die helemaal geen hulp wil is even groot als de groep die steun op de werkvloer wil (27%). Ook begeleiders zijn niet altijd vragende partij voor begeleiding op de werkvloer. Dit is echter een

heel belangrijk evidence-based principe en het moet verder onderzocht worden waarom weinig begeleiders deze optie verkiezen.

De resultaten tonen aan dat men een verschillend beeld heeft van welke en hoeveel problemen er zijn en welke stappen nodig zijn.

Barrières

De respondenten ervaren weinig barrières. De grootste obstakels vormen de angst om te hervallen (M: 3.76), weinig zelfvertrouwen (M: 3.45) en een gebrek aan concentratie (M: 3.34).

Het gebrek aan grote obstakels, hoewel positief, kan op verschillende manieren geïnterpreteerd worden. Zo kan het bijvoorbeeld zijn dat de patiënt zo sterk gemotiveerd is om te werken dat men denkt dat iets geen obstakel vormt. Daarnaast kan het ook zijn dat de patiënt onvoldoende stilgestaan heeft bij de eigen barrières. Indien dit het geval is, is het belangrijk dat de begeleiders en ergotherapeuten voldoende aandacht besteden aan het in kaart brengen van deze barrières. Indien niet, kan het zijn dat de begeleider bepaalde interventies zal voorstellen zonder dat de patiënt hiervoor een reden ziet. De resultaten hierboven tonen dat dit risico bestaat.

2 Aanbevelingen

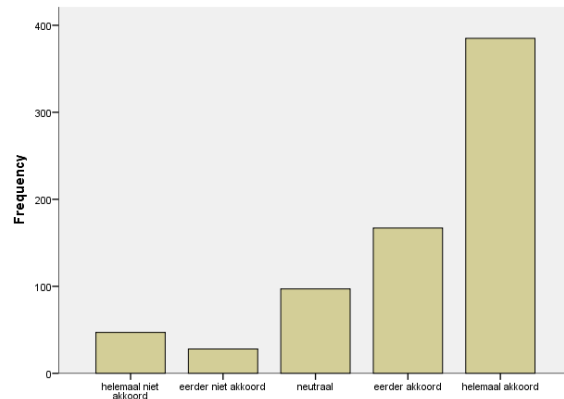
- Een deel van de opgenomen patiënten wil een competitieve job. Het is dus belangrijk om al tijdens de opname te werken aan de arbeidsre-integratie van de persoon. Dit kan niet enkel de werkloosheidsperiode inkorten, het heeft ook een positief effect op het zelfbeeld en zelfvertrouwen van de patiënt.
- Veel patiënten maken zich zorgen over hun arbeidssituatie. Het bespreekbaar maken van hun zorgen en toekomstplannen is bijgevolg een belangrijke taak. Hier moet men niet mee wachten tot de laatste weken van de opname. Wanneer de patiënt zich zorgen maakt over zijn werksituatie, heeft het weinig meerwaarde om enkel te melden dat dit 'zorgen voor later' zijn. Vooral ergotherapeuten, begeleiders op de afdeling, psychiaters en psychologen lijken het gesprek met de patiënt te moeten aangaan.
- Patiënten en begeleiders hebben soms een tegengestelde visie over de aanwezigheid van barrières en de benodigde ondersteuning. Het is belangrijk dat men het verschil in visie bespreekt en een gezamenlijk plan opstelt.
- Het is cruciaal dat hulpverleners goed op de hoogte zijn van het belang van tewerkstelling en daginvulling. Niet enkel een positieve attitude, maar ook een goede kennis van de begeleidingen die aangeboden worden door bv de VDAB, GTB, GOB's... zijn cruciaal. De ergotherapeut kan daarbij een aanspreekpunt zijn en een link vormen met externe organisaties.
- Familie en vrienden zijn partners in het re-integratieproces.
- Het aantal patiënten dat (betaald) wil werken ligt lager dan in het buitenland. Ongeacht de verschillende oorzaken die hiervoor te vinden zijn, moeten we inzetten op het aantrekkelijk maken van

jobs. Hiervoor moeten we een positieve houding aannemen en tonen dat men als ondersteunend netwerk gelooft in de mogelijkheid van de persoon om te werken. Daarnaast zijn geïndividualiseerde begeleidingen, het snel bespreken van de arbeidssituatie en het interdisciplinair samenwerken cruciaal. Om jobs aantrekkelijker te maken is natuurlijk ook een bredere aanpak nodig waarbij men werk moet maken van samenwerking met werkgevers en sensibilisering. Job carving heeft daarbij een belangrijke rol en impliceert het op een andere manier naar jobfuncties kijken (bv.: individuele functies omzetten naar groeps- of teamfuncties en medewerkers inzetten op taken die het beste aansluiten bij de capaciteiten).

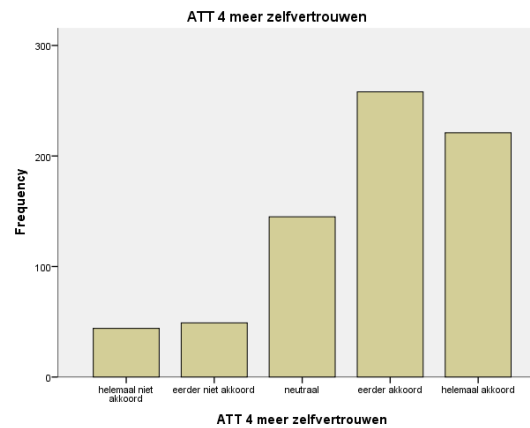
Bijlagen

1 Attitude (freq)

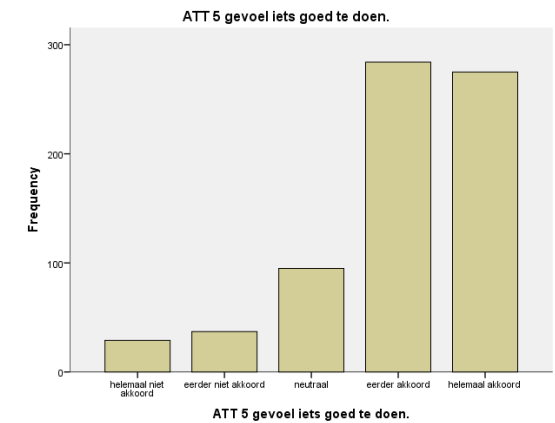
Het hebben van een goede job is heel belangrijk in mijn leven



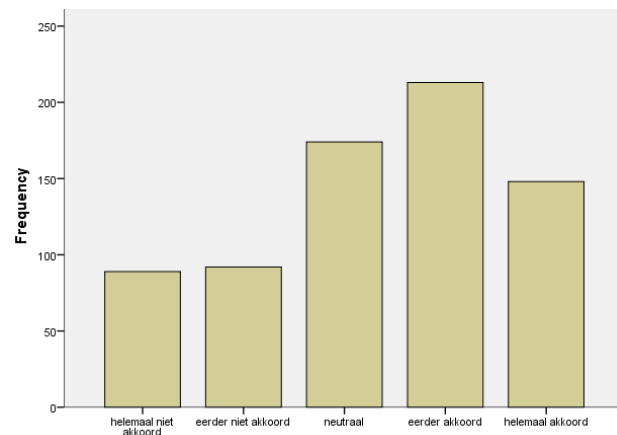
Werken geeft me meer zelfvertrouwen



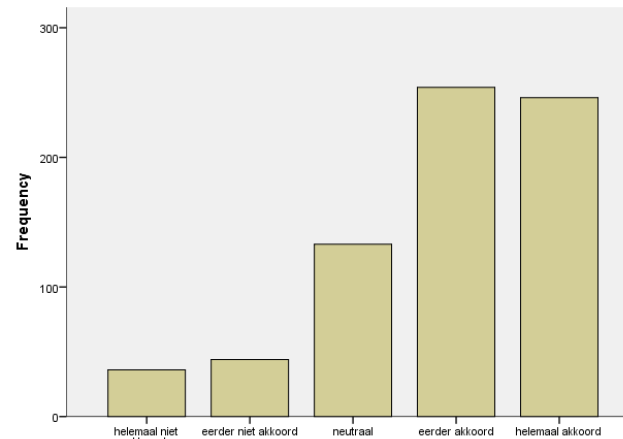
Werken geeft me het gevoel iets goed te doen



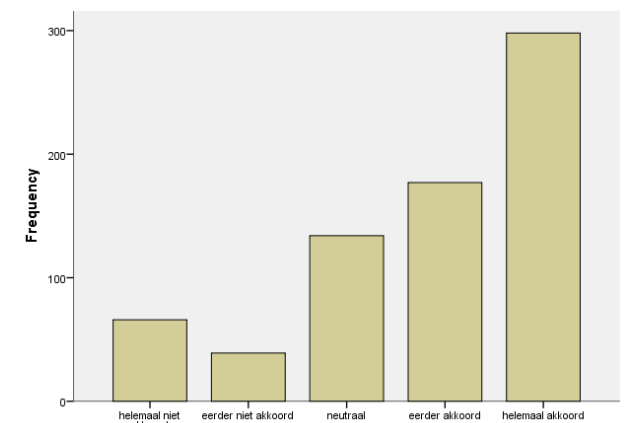
Werken helpt me mijn psychische problemen te vergeten



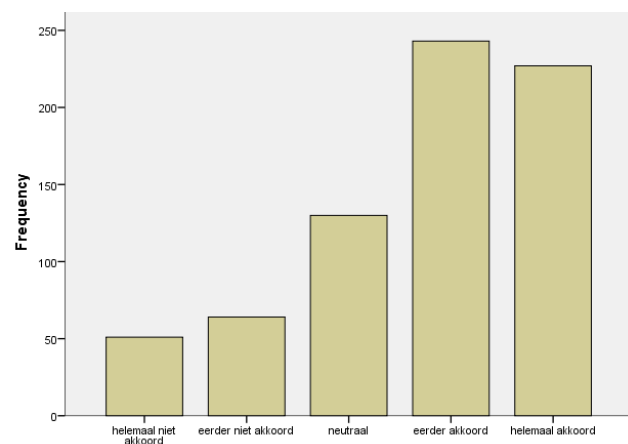
Werken zorgt er voor dat ik me minder verveel



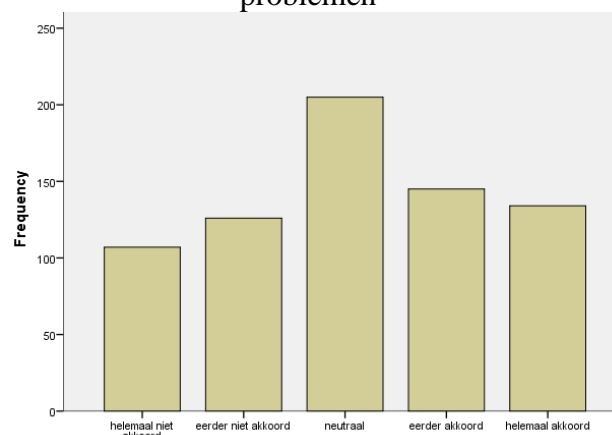
Door te werken heb ik minder financiële problemen



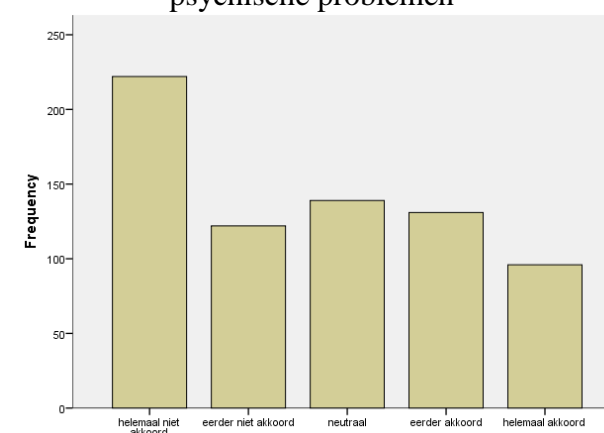
Door te werken ben ik minder eenzaam



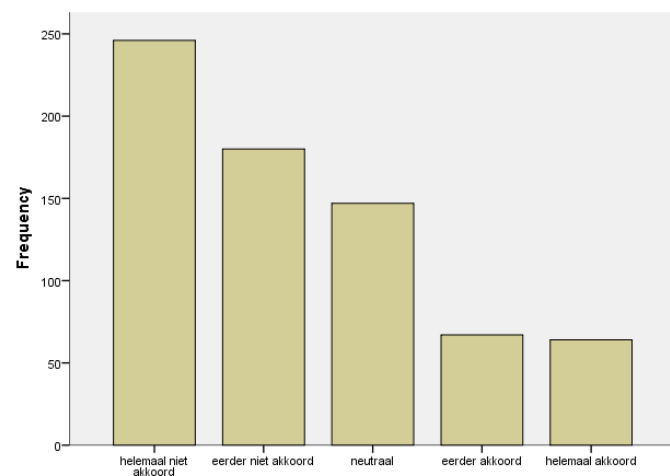
Door te werken heb ik minder psychische problemen



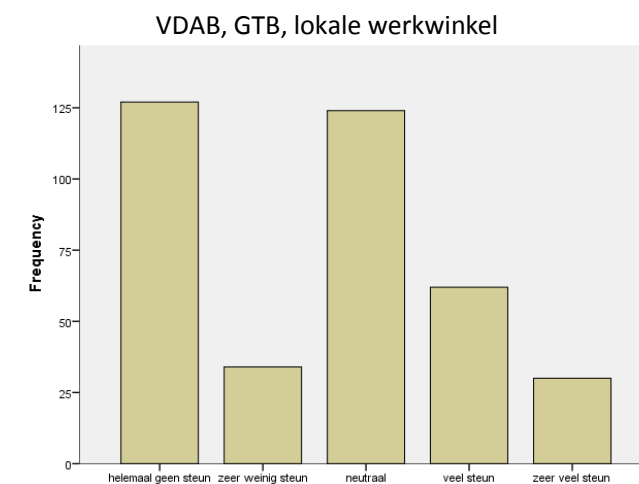
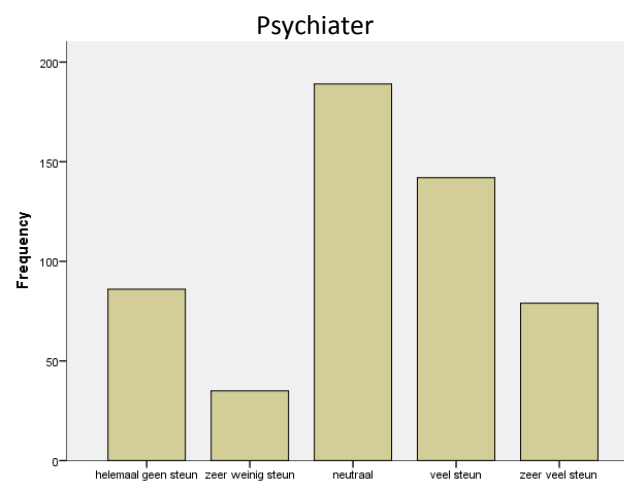
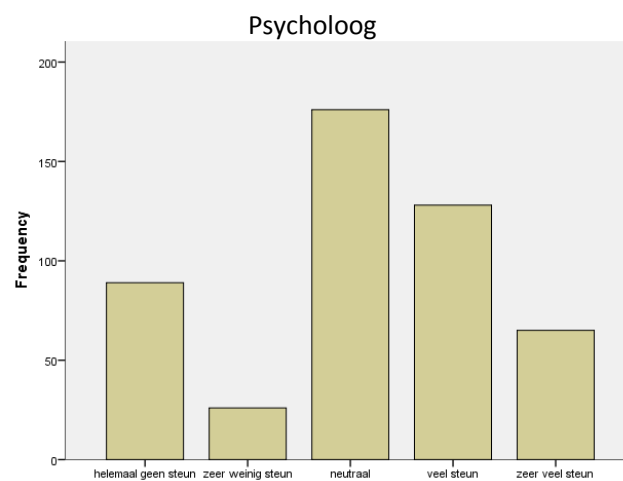
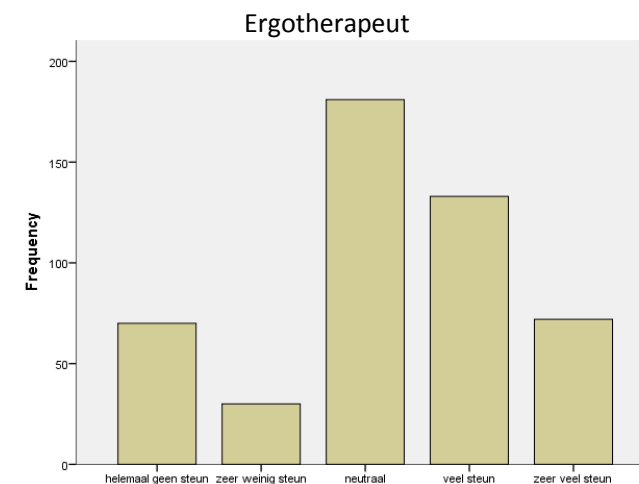
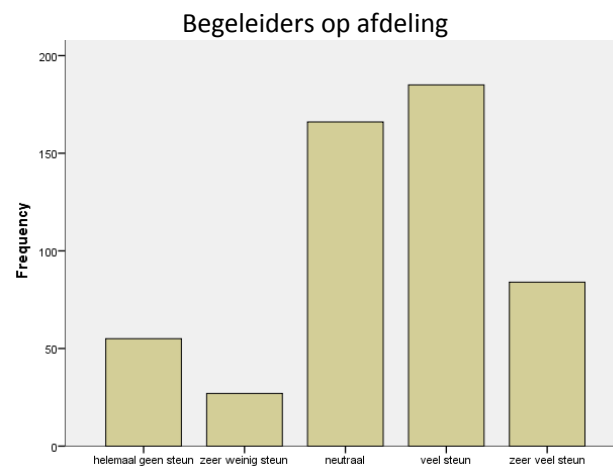
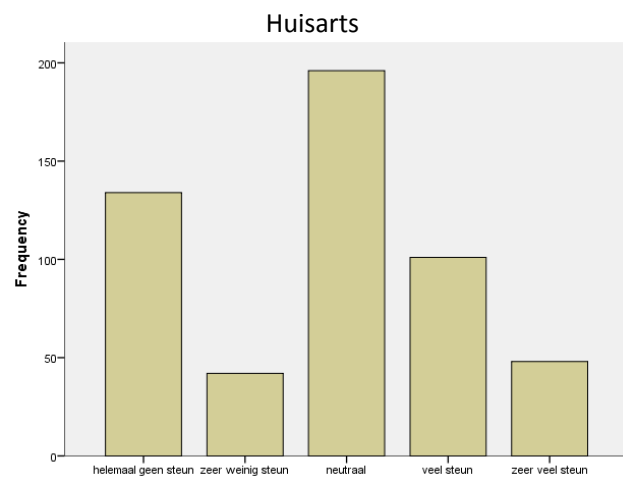
Mijn werksituatie (job, werkloosheid...) is/was de belangrijkste reden van mijn psychische problemen



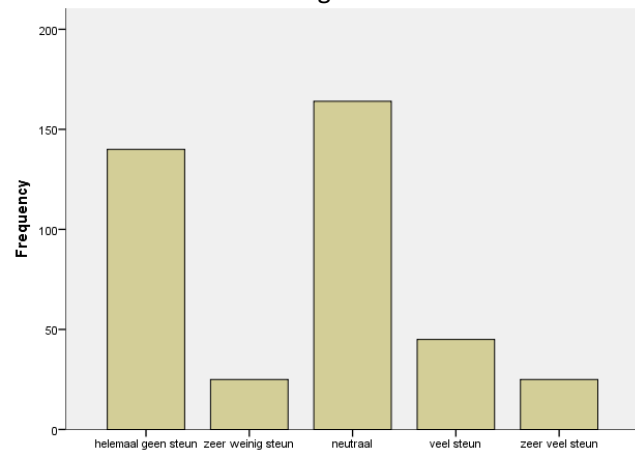
Ik werk enkel en alleen omdat het moet.



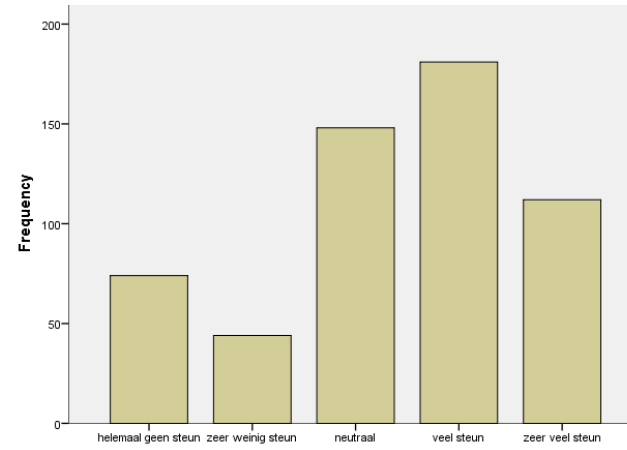
2 Gekregen steun van personen en organisaties betreffende werksituatie (freq)



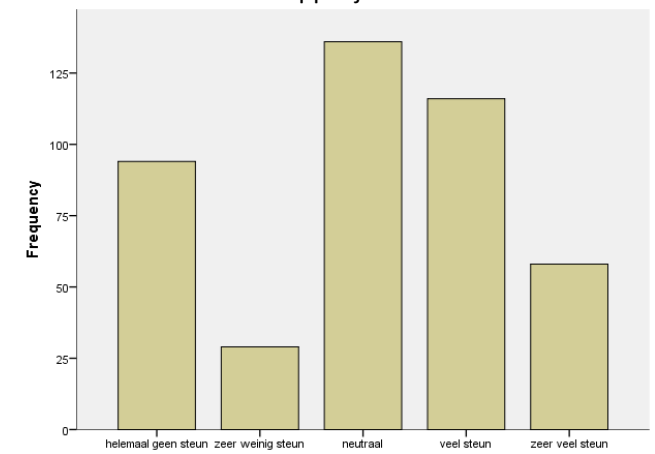
Adviserend geneesheer



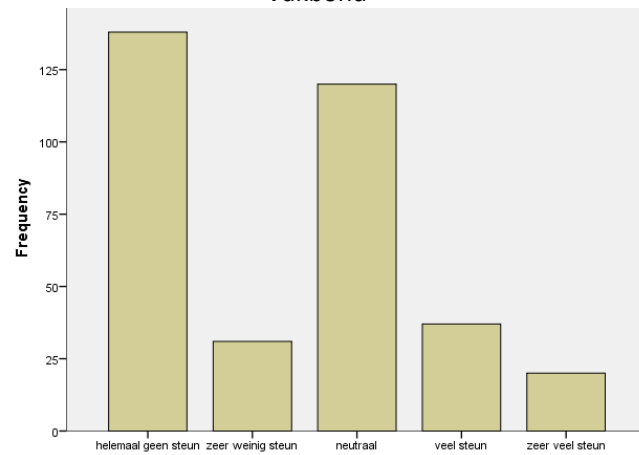
Familie en vrienden



Maatschappelijk werker



Vakbond



Referenties

- Bond, G. R., Drake, R. E., & Becker, D. R. (2012). Generalizability of the Individual Placement and Support (IPS) model of supported employment outside the US. *World psychiatry*, 11(1), 32.
- Corbière, M., Mercier, C., & Lesage, A. (2004). Perceptions of barriers to employment, coping efficacy, and career search efficacy in people with mental illness. *Journal of career assessment*, 12(4), 460.
- Drake, R. E., Becker, D. R., Clark, R. E., & Mueser, K. T. (1999). Research on the Individual Placement and Support Model of Supported Employment. *Psychiatric Quarterly*, 70(4), 289-301.
- Frank, A. O., & Thurgood, J. (2006). Vocational rehabilitation in the UK: opportunities for health-care professionals. *International Journal of Therapy and Rehabilitation*, 13(3), 127.
- Frost, B., Morris, A., Sherring, J., & Robson, E. (2010). Vocational Education, Training and Employment (VETE) pilot project report. Psychiatric Rehabilitation Service 2006-2007. *NSW Health Hunter New England*.
- Gowdy, E. A., Carlson, L., & Rapp, C. A. (2004). Organizational Factors Differentiating High Performing From Low Performing Supported Employment Programs. *Psychiatric Rehabilitation Journal*, 28(2), 150-156.
- Harris, L. M., Matthews, L. R., Penrose-Wall, J., Alam, A., & Jaworski, A. (2014). Perspectives on barriers to employment for job seekers with mental illness and additional substance-use problems. *Health & Social Care in the Community*, 22(1), 67-77.
- Kinoshita, Y., Furukawa, T. A., Kinoshita, K., Honyashiki, M., Omori, I. M., Marshall, M.,... (2013). Supported Employment for Adults with Severe Mental Illness. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, (9).
- Kukla, M., & Bond, G. R. (2009). The working alliance and employment outcomes for people with severe mental illness enrolled in vocational programs. *Rehabilitation Psychology*, 54(2), 157.
- Marwaha, S., Balachandra, Sh., & Johnson, S. (2009). Clinicians' attitudes to the employment of people with psychosis. *Social psychiatry and psychiatric epidemiology*, 44(5), 349.
- OECD. (2013). *Mental Health and Work: Belgium* OECD Publishing. Retrieved from: <http://dx.doi.org/10.1787/9789264187566-en>
- Taskila, T., Steadman, K., Gulliford, J., Thomas, R., Elston, R., & Bevan, S. (2014). Working with schizophrenia: Experts' views on barriers and pathways to employment and job retention. *Journal of Vocational Rehabilitation*, 41(1), 29-44.